

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/113184>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.

3060

PSYCHISCHE STOORNISSEN
IN EEN
HUISARTSPRAKTIJK

TH. J. KOCKEN

Kocken, Theodoor Johan

Psychische stoornissen in een huisartspraktijk : een beschrijving van de omvang, het beloop en de behandelwijze van psychische stoornissen en functionele klachten met bijzondere aandacht voor de voorspellende betekenis van enkele patiëntkenmerken / Theodoor Johan Kocken. - [S.l. : s.n.]

Proefschrift Nijmegen. - Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9000786-5

SISO 604.2 UDC 614.2

Trefw.: psychische stoornissen ; huisartsengeneeskunde.

PSYCHISCHE STOORNISSEN IN EEN HUISARTSPRAKTIJK

Een beschrijving van de omvang, het beloop en de behandelwijze van psychische stoornissen en functionele klachten met bijzondere aandacht voor de voorspellende betekenis van enkele patiëntkenmerken.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
IN DE GENEESKUNDE
AAN DE KATHOLIEKE UNIVERSITEIT TE NIJMEGEN
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. J. H. G. I. GIESBERS
VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN
IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP
VRIJDAG 14 DECEMBER 1984, OM 16 UUR

DOOR

THEODOOR JOHAN KOCKEN

GEBOREN TE EINDHOVEN

Aan Dolly
en de kinderen .

INHOUD

1.	Inleiding.	1
1.0	De aanleiding tot dit onderzoek.	1
1.1	Enige achtergrondinformatie.	1
1.2	Kanttekeningen bij de psychosociale hulpverlening in het eerste echelon.	3
1.3	Algemene doelstelling.	5
1.4	Algemene vraagstellingen.	5
1.5	Indeling van het onderzoek.	5
1.6	Algemene benadering van de aspecten die bij een onderzoek naar het voorkomen van psychische morbiditeit in een huisartspraktijk-populatie aan de orde komen.	6
1.7	Totaal beeld van dit onderzoek.	7
2.	Literatuurverkenning.	8
2.0	Oriëntatie.	8
2.1	De verborgen psychische morbiditeit.	10
2.2	Bevolkingsonderzoek naar psychische morbiditeit.	12
2.3	Psychische morbiditeit in huisartspraktijkpopulaties.	14
2.30	Omschrijving van functionele en psychische stoornissen en syndromen.	14
2.300	Begripsomschrijving (1) en bespreking somatiseringsproces (2).	14
2.301	Kenmerken van functionele en psychische stoornissen en syndromen.	20
	1. kenmerken van functionele klachten en stoornissen.	20
	2. kenmerken van enkele functionele syndromen.	21
	3. kenmerken van enkele psychische syndromen.	24
	4. kenmerken van enkele psychische compensatietoestanden	26
2.31	Kenmerken van psychiatrische toestandsbeelden.	28
2.310	Begripsomschrijving.	28
2.311	Kenmerken van enkele belangrijke psychiatrische toestandsbeelden.	28
2.312	Uitingsvormen van neurotische toestandsbeelden.	31
2.313	Kenmerken en uitingsvormen van depressieve toestandsbeelden.	32
2.32	De betekenis van gezinsinvloeden.	35
2.4	Onderzoek naar de frequentie van de psychische morbiditeit in de huisartspraktijk.	38
2.40	Frequentie van psychische en functionele stoornissen en syndromen.	38
	1. bespreking van algemene gegevens.	38
	2. verdeling naar de leeftijd.	42
	3. verdeling naar het geslacht.	44
2.41	Onderzoek naar de frequentie van psychiatrische toestandsbeelden met verdeling naar leeftijd en geslacht.	45
	1. frequentie van enkele psychiatrische toestandsbeelden.	45
	2. frequentie van neurotische toestandsbeelden.	46
	3. frequentie van depressieve toestandsbeelden.	49

2.5	Onderzoek naar het beloop van psychische morbiditeit in de huisartspraktijk.	50
	1. beloop van psychische en functionele stoornissen en syndromen.	50
	2. beloop van neurotische toestandsbeelden.	52
	3. beloop van depressieve toestandsbeelden.	53
2.6	Samenvattende bespreking naar aanleiding van de literatuurgegevens.	55
3.	De problematiek bij de hulpverlening aan de psychisch dysfunctionerende patiënt.	60
3.0	Problematiek geestelijk gezond ten opzichte van psychisch gestoord.	60
3.00	Overwegingen ten aanzien van het begrip geestelijk gezond en de presentatie van psychische stoornissen.	60
	1. Omschrijving van het begrip geestelijk gezond.	60
	2. Bespreking van het begrip psychische stoornis bij de gezonde mens.	61
	3. Afgrenzing psychische stoornissen van de gezonde en de neurotische mens.	62
	4. Het cultureel relativisme.	64
3.01	Gezondheids- en ziektegedrag.	64
3.02	Dreigende crisissituatie.	67
3.03	Het psycho-sociaal deficientiesyndroom.	67
3.04	Conclusie.	68
3.1	Aspecten van het diagnostische proces bij de presentatie van uitingvormen van psychisch dysfunctioneren.	69
3.10	De presentatie van de klacht in de medische situatie.	69
3.11	Het diagnostisch proces in de huisartspraktijk.	70
3.12	Psychiatrische aspecten bij het diagnostische proces.	72
3.13	Enkele opmerkingen t.a.v. de psychiatrische diagnose.	73
3.14	Het dilemma in de huisartsgeneeskunde t.a.v. de diagnostiek.	75
3.15	Conclusie.	77
3.2	De arts-patiënt relatie in de medische situatie bij de ontmoeting met de psychisch dysfunctionerende mens.	77
3.20	Oriëntatie.	77
3.21	Algemene aspecten van de arts-patiënt relatie.	78
3.22	Enkele aspecten t.a.v. gedrags- en verwachtingspatronen bij de (huis)arts-patiënt relatie.	79
3.23	Enkele psychodynamische aspecten van de arts-patiënt relatie.	81
3.24	Signalen van een dreigende verstoring van de arts-patiënt relatie in de medische en therapeutische relatie.	83
3.25	De somatiserende en de somatisch gefixeerde patiënt in de interactie met zijn omgeving en (huis)arts.	85
3.3	Samenvatting van de besproken problematiek bij deze hulpverlening.	87
4.	Opzet en methoden van het onderzoek.	89
4.0	Oriëntatie.	89
4.00	Algemene doelstelling	89

4.01	Algemene vraagstellingen.	89
4.02	Indeling van het onderzoek.	89
4.1	Gegevens verzameling.	90
4.2	Selectieprocedure.	90
4.3	Beschrijving patiëntenpopulaties.	91
4.4	Omschrijving van de praktijk.	96
4.5	Operationalisatie van de gehanteerde begrippen.	96
4.6	Bespreking van de morbiditeitsclassificatie.	98
4.7	Bespreking algemene problematiek t.a.v. het onderzoek.	100
4.8	Overzicht van de gehanteerde syndromale diagnose-categorieën.	102
4.9	Bespreking van de in het onderzoek opgenomen meet-instrumenten.	103
5.	Het transversale onderzoek.	106
5.0	Vraagstellingen.	106
5.1	Operationalisatie.	106
5.2	Beschrijving van het gepresenteerde morbiditeits-spectrum door de geselecteerde onderzoekspopulatie.	108
5.3	Beeld van het morbiditeitspectrum binnen de geselecteerde patiëntenpopulatie.	110
5.4	Het beeld van de gepresenteerde morbiditeit, verdeeld over de nieuwe en oude gevallen.	111
5.5	Bespreking van de verdeling van de gepresenteerde nieuwe en oude gevallen over de leeftijdsgroepen.	112
5.6	Beoordeling van enkele syndromale diagnosecategorieën.	113
5.60	Het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom.	113
5.61	De nervositas.	114
5.62	Het depressieve gedrag.	115
5.63	Het gastro-intestinale syndroom.	116
5.64	De presentatie van een scala van functionele klachten.	116
5.7	Bespreking samenhang tussen enkele patiëntkenmerken en de syndromale ingangsdiagnosegroepen.	117
5.8	Samenvatting.	118
5.9	Bespreking.	119
6.	Arbeidsanalyse in een solo-huisartspraktijk.	123
6.0	Omschrijving van de doelstelling.	123
6.1	Literatuurverkenning.	123
6.10	Indeling van de geselecteerde publicaties.	123
6.11	Samenvatting van de gepubliceerde gegevens.	124
6.12	Bespreking van enkele publicaties over de werkwijze van de huisarts.	127
6.13	Conclusie betreffende de literatuurverkenning.	128
6.2	Arbeidsanalyse.	129
6.20	Vraagstellingen.	129
6.21	Opzet en methode van onderzoek.	129
	1. registratiemethode.	130
	2. operationalisatie.	130
	3. omschrijving van de begrippen.	130
6.22	Bespreking van het verrichtingscijfer.	131

6.23	Beschrijving van het gemiddelde aantal verrichtingen per werkdag.	132
6.24	Beschrijving van het aandeel van de totale hulpverlening dat aan uitingsvormen van psychisch dysfunctio- neren wordt besteed.	133
6.25	Beschrijving van de seizoensinvloeden op het verrich- tingenpatroon.	135
6.26	Beschrijving van de verrichtingen buiten de normale werkdag.	135
6.27	Beoordeling van de tijdsanalyse.	137
6.28	Samenvatting.	138
6.3	Bespreking.	139
7.	Het longitudinale onderzoek.	141
7.0	Omschrijving van de doelstellingen.	141
7.1	Vraagstellingen.	141
7.2	Operationalisatie van de vraagstellingen.	141
7.3	Beschrijving van het beloop van de gepresenteerde morbiditeit met een poging tot taxatie van de herstel- tendens vanuit drie invalshoeken.	144
7.30	Beschrijving van de arts-patiënt-contactpatronen over een periode van vijf jaar.	144
7.31	Beschrijving van de arts-patiënt-contactfrequentie in het vierde + vijfde jaar.	152
7.32	Beschrijving van de duur van het arts-patiënt-contact in tijdsperioden.	157
7.4	Subjectieve beoordeling van het beloop van de gepresen- teerde psychische morbiditeit bij beëindiging van de evaluatie.	160
7.5	Het beeld van de syndroomverschuiving over de 10 tijds- perioden.	161
7.6	Beschrijving van enkele aspecten van de arts-patiënt- relatie bij de hulpverlening.	165
7.7	Beschrijving van enkele aspecten van de hulpverlening.	168
7.70	Totaalbeeld van de hulpverlening.	168
7.71	Het arts-patiënt-contact.	170
7.72	Beschrijving van het gebruik van psychofarmaca.	172
7.73	Beschrijving van het verwijzingsgedrag.	173
7.74	Bespreking van de beschreven aspecten van de hulpver- lening.	178
7.8	Samenvattende bespreking van de bevindingen bij dit longitudinale onderzoek.	178
8.	Beschouwing met betrekking tot de belangrijkste bevindingen.	183
9.	Samenvatting.	188
	Summary.	200
	Literatuurlijst.	
	Bijlagen.	
	Dankbetuiging.	
	Curriculum vitae.	

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.0. De aanleiding tot dit onderzoek.

De opkomende twijfel aan de effectiviteit van eigen handelen bij een categorie patiënten met frequent recidiverende klachten zonder duidelijk objectiveerbare afwijkingen was aanleiding tot deelname aan een Balint-groep. In het bijzonder stimuleerde mij hiertoe de misschien wel klein in aantal, maar zeer arbeidsintensieve en enigszins irriterende categorie van patiënten die door VAN ES (1967) werden aangeduid als "probleempatiënten".

MARLET (1968), psychiater-adviseur van deze groep, heeft ontwikkeling, doel en werkwijze daarvan beschreven en de invloed op mijn functioneren als huisarts komt het best tot uiting in de bevinding die hij noteert: "Het ene na het andere groepslid constateerde een verandering in het eigen gedrag, een grotere tolerantie t.o.v. de patiënt en het ontstaan van een nieuwe benaderingswijze".

Na 7 jaar deelname aan deze groep, vanaf 1961, rijpte de idee om omvang, aard en beloop van de gepresenteerde morbiditeit betreffende psychische stoornissen, nerveus-functionele klachten en psychiatrische toestandsbeelden in de eigen praktijkpopulatie nader vast te leggen.

1.1. Enige achtergrondinformatie.

Beschrijving van de invloeden op de instelling van deze huisarts t.o.v. patiënten die psychische stoornissen presenteren mag niet ontbreken in verband met de bijzondere aard der aandoeningen die onderwerp van deze studie zijn.

Persoonlijkheidskenmerken van de huisarts (CASSEE 1969) en van de patiënt (VAN DER PLOEG, 1976, 1977, 1980) bepalen de drempeloverschrijding om naar de huisarts te gaan en de arts-patiënt-contactfrequentie.

Tevens draagt het hanteren van de arts-patiënt-relatie en de instelling van de huisarts t.o.v. patiënten die psychische stoornissen presenteren bij tot de samenstelling van de praktijkpopulatie, waarover BALINT (1965) opmerkt: Patiënten classificeren zichzelf naar de keuze van hun dokter".

Daarom is een korte aanduiding van de houding van deze huisarts t.o.v. de gehele problematiek, waarop dit onderzoek zich richt, wenselijk. Dit komt het meest tot zijn recht door de auteurs, die óf op deze houding, óf op de realisatie van het onderzoek een belangrijke invloed hebben gehad, de revue te laten passeren.

Aansluitend op de bevindingen van MARLET (1968) heeft de BOER (1973) in het attitudeonderzoek aangetoond, dat deelnemers aan een Balint-groep eerder geneigd zijn de behandeling van patiënten met neurotische klachten en gedragsstoornissen tot de taak van de huisarts rekenen dan nietdeelnemers. Het effect van de training zou vooral optreden in kritische situaties.

BALINT (1966) accentueert in zijn "A study of doctors" nog eens de grote variatie in belangstelling voor psychosociale problematiek onder huisartsen.

Bijna 60% van de geïnterviewde huisartsen konden óf de trainingsmethode niet aanvaarden, óf waren niet geïnteresseerd in deze problematiek. Van de overigen had de ene helft wel profijt van de opgedane ervaring bij hun werk en de andere helft meende er een behoorlijk functionerend diagnostisch en therapeutisch hulpmiddel mee te hebben verworven.

Gezien deze bevindingen mag verondersteld worden, dat er ook bij deze huisarts na 8 jaar deelname aan een Balint-groep een bepaalde instelling en interesse t.o.v. de categorie patiënten die in dit onderzoek een centrale plaats innemen, zal zijn opgetreden. Dit heeft zijn consequenties bij de beoordeling van de grootte van de geselecteerde onderzoekpopulatie uit de totale praktijkpopulatie en van het functioneren van deze huisarts in het hulpverleningsproces. Reeds in 1955 heeft QUERIDO (1955) het voor de huisartsgeneeskunde belangrijke begrip "integrale geneeskunde" geïntroduceerd. Hij stelde toen, dat men bij "evidente stoornissen in het somatische vlak" tevens zijn aandacht moet richten op het betrekkingsveld waarin men de gunstigste voorwaarden tot herstel van het evenwicht kan krijgen, dus een driedimensionale benadering, via het somatische, psychische en sociale vlak, waarbij men moet voorkomen, dat de gehele medische apparatuur op de somatische aandoening wordt losgelaten.

Op directer wijze heeft WEIJEL (1961) bijgedragen tot een belangrijke aanpak van de psychosociale problematiek met:

1. de introductie van het psychosociale onderzoek, waarbij het psychosociale interview belangrijk is. Dit is een onderzoeksmethode die in de algemene praktijk zeer bruikbaar is als diagnostisch hulpmiddel, gezien de ervaringen daarmee opgedaan door BROUWER (1962), en die ook in dit onderzoek werd gehanteerd.

2. de beschrijving van de "niet-identieke psychotherapie", waarbij men poogt het psychisch welbevinden te herstellen met behulp van de best benutbare therapievorm, waarbij echter de beheersing van de medische situatie centraal moet staan.

Vooraf de originele visie van WEIJEL (1970) op "welzijnsnood en psychosociale deficiëntie" was een belangrijke bijdrage aan het huisartsgeneeskundig handelen, daar het door zijn studie duidelijk werd, dat het ook tot de taak van de huisarts behoort om moeilijke en zelfs onoplosbare psychosociale problematiek in samenwerking met andere disciplines te blijven begeleiden.

Ook bij het hulpverleningsproces t.a.v. de bestudeerde onderzoekpopulatie heeft deze visie als richtsnoer gediend.

Tevens zijn de publicaties van GROEN c.s. (1951) over de bevindingen van de werkgroep psychosomatisch onderzoek en die over syndroomverschuiving en syndroomonderdrukking (GROEN c.s., 1958) van invloed geweest op de beoordeling van het beloop van het behandelingsproces bij de individuele patiënt. Deze werden bij de verwerking van de gegevens over de gepresenteerde morbiditeit in het onderzoek betrokken. Daarnaast heeft de opkomende belangstelling voor de gezinsgeneeskunde, door HUYGEN (1964, 1968, 1970, 1978) beschreven, de huisartsgeneeskunde een geheel nieuwe impuls gegeven.

Bij de benadering van de psychosociale problematiek gedurende dit onderzoek heeft deze ontwikkeling een grote rol gespeeld.

Verder heeft KIELHOLZ c.s. (1966) de huisartsgeneeskunde verrijkt met een methode om depressietoestanden in de huisartspraktijk beter te kunnen hanteren, en wel door een praktische syndromale diagnose-indeling te beschrijven, waarbij een duidelijk verband tussen diagnostiek en therapie wordt gelegd.

Daardoor is de aanpak van deze, voor het grootste gedeelte geheel op de huisarts aangewezen categorie patiënten effectiever geworden. Juist door deze syndromale diagnose classificatie kon dit onderzoek gerealiseerd worden, daar hierdoor een directe beschrijving van de gepresenteerde klachten en stoornissen mogelijk werd zonder de patiënt een nosologisch etiket op te plakken, waardoor de subjectieve interpretatie door de huisarts beduidend wordt verminderd. Vanzelfsprekend heeft RUMKE's "Psychiatrie" en de bundels "Studies en voordrachten over psychiatrie" (1948, 1958), waarin vele waardevolle onderwerpen voor de huisartsgeneeskunde in voor de huisarts begrijpelijke taal worden behandeld, centraal gestaan bij de oriëntatie over de vraagstukken die in deze studie ter sprake komen.

1.2. Kanttekeningen bij de psychosociale hulpverlening in het eerste echelon.

Dit onderzoek concentreert zich op de presentatie van psychische stoornissen en indien men de hulpverleningsaspecten in zijn onderzoek wil betrekken, komt de plaats van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg aan de orde.

Vooraf ZWEENS-WIERSMA (1968) heeft met haar studie over het functioneren van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg een stimulans tot de realisering van dit onderzoek gegeven. Het is de eerste studie waarbij de huisartsen centraal stonden. Hierin kon zij, tot verrassing van velen, aantonen welk een groot aandeel de huisarts zelf voor zijn rekening neemt binnen de totale hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. De helft van de patiënten met psychische problematiek wordt voor het grootste gedeelte door de huisarts zelf behandeld. Een derde van de huisartsen is van oordeel, dat neurotische stoornissen geheel tot hun werkterrein behoren, terwijl van de rest 2/3 zich incidenteel met deze categorie patiënten bemoeiden.

Zeven jaar later komen HIRS en HOSMAN (1975) tot dezelfde conclusie; namelijk dat er praktisch geen verandering in het hulpverleningspatroon is te bespeuren. Ook de destijds door Zweens-Wiersma waargenomen vrij negatieve beeldvorming van de huisarts over de hulpverlening in het tweede en derde echelon van de geestelijke gezondheidszorg is stellig niet geheel uitgewist.

Onlangs heeft DIJKHUIS (1980), naar aanleiding van het functioneren van de I.M.P.'s, nog gewezen op het "onbegrip voor de psychische aspecten van menselijk gedrag" en dagelijks wordt dit ook inderdaad in de praktijk ervaren. De relatie tussen de huisarts en de ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt treffend weergegeven door JACOBS (1975), die de toegankelijkheid en vooral de "affectieve bereikbaarheid" (de sfeer) aanstipt, die de drempel voor de patiënt gunstig zou beïnvloeden, maar ook het onderlinge contact van huisarts en hulpverlenende instantie benadrukt.

Een knelpunt blijft nog steeds het ontbreken van een continue bereikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg, zo'n belangrijk aspect in het hulpverleningsproces in het eerste echelon.

Bijna alle in dit artikel aangeroepte problemen, die zeer frustrerend werkten, hebben mede bijgedragen om deze studie ter hand te nemen. Actueel is de steeds hardnekkiger opdoemende stelling, die door vele auteurs wordt gehanteerd:

"Hoe groter het aanbod, hoe groter de vraag", vooral door ACHTERHUIS (1980) en ILLICH (1975, 1978) uitvoerig geanalyseerd. Ook voor het onderhavige onderzoek is die van betekenis. Verwant aan dit aspect is ook de algemeen aanvaarde opvatting, dat: "Hoe groter de interesse van de huisarts voor psychosociale problematiek is, hoe groter het aantal patiënten dat deze problemen presenteert". Dit heeft als consequentie voor dit onderzoek, dat de populatie die uit de praktijkpopulatie (at risk) werd geselecteerd, zeker door dit verschijnsel gevormd is. Ook HUYGEN (1977) signaleert het feit, dat mogelijk "de gehele gezondheidszorg zelf een actieve rol speelt in de toename van ziekte onder de bevolking", waarbij de relatie vraag - aanbod een beslissende factor zou kunnen zijn. Door middel van een continue morbiditeitsregistratie in een plattelandspraktijk van constante samenstelling, met gegevens over 30 jaar, kon worden aangetoond, dat er een duidelijke stijging van het aantal gepresenteerde aandoeningen plaatsvond (HUYGEN 1978). Een belangrijk aspect voor de huisartsgeneeskunde, dat mogelijk samenhangt met de "processen van somatisatie", waaronder men verstaat het in toenemende mate presenteren van klachten waarvoor geen organisch substraat kan worden aangetoond en waarbij de patiënt de bespreking van de er aan ten grondslag liggende psychosociale problematiek uit de weg gaat (HUYGEN 1978). Juist deze zogenaamde "nervus-functionele klachten" (HUYGEN, 1968, SMITS, 1973) of "psycho-somatische klachten" (KULPERS, 1966, STAM, 1973) vormen een belangrijk onderdeel van dit onderzoek. De bevindingen van het in 1973 aangevangen "Nijmeegs Preventie Project" (BOECKHORST 1977) en van het in 1974 opgezette "Amsterdamse Somatiserings Project" (SCHOUWENBURG, 1977; VAN LOON/SCHOUWENBURG, 1977; IJZERMANS/SCHOUWENBURG, 1976; VAN AMSTEL, 1978; IJZERMANS/VAN AMSTEL, 1979) waren een sterke stimulans om dit onderzoek af te ronden. Slechts enkele opmerkingen over het functioneren van de huisarts in het eerste echelon t.o.v. andere hulpverleners, daar deze samenwerking bij de aanvang van het onderzoek pas in de kinderschoenen stond. VAN ES (1967) heeft in samenwerking met andere huisartsen als een der eersten de benadering van "probleempatiënten" in samenwerking met het maatschappelijk werk geanalyseerd en VLAMINGS (1967) heeft eveneens de effectiviteit van het hulpverleningsproces bij samenwerking van huisarts met maatschappelijk werkster voor de patiënt beoordeeld. Beiden meenden, dat hierbij een positief resultaat te verwachten was. Ook in de praktijkregio van de onderzoeker kwam er in de loop van de evaluatieperiode een experimenteel samenwerkingsproject op gang, waarbij wekelijks informatie tussen huisartsen, maatschappelijk werkenden, wijkverpleegkundigen, leidsters gezinszorg en sociaalgeneeskundige dienst kon worden uitgewisseld. Deze kanttekeningen wil ik besluiten met te verwijzen naar BALINT (1965), die de presentatie en de hantering van de psychosociale problematiek, waarmee de huisarts in zijn dagelijks werk wordt geconfronteerd, in zijn boek "De dokter, de patiënt, de ziekte" zo treffend uitbeeldt, speciaal in het hoofdstuk "Diagnose door eliminatie". Hoewel deze gedachten reeds in 1956 werden gepubliceerd, hebben deze naar mijn mening nog maar weinig aan actualiteit ingeboet, ondanks de opkomende kritiek tegen het zogenaamde "Balintisme" (DOKTER/LAMBERTS, 1978, congresverslag). Door JONGERIUS en HELLINGA (1981) werd vanuit psychiatrisch gezichtspunt een beschouwing over de Balintmethode gegeven. Van huisartsenzijde hebben DOKTER en VERHAGEN (1984) de factoren die van invloed zijn op de vermindering van de belangstelling voor het deelnemen aan Balintgroepen beschreven.

Allen zijn echter van mening, dat deelname wel degelijk van betekenis kan zijn voor het functioneren van de huisarts in zijn werk. De door BALINT (1965) behandelde facetten worden nu misschien anders geformuleerd, maar het gevaar van de "somatische fixatie" is thans een groter probleem dan in de zestiger jaren (HUYGEN, 1978), en het onderzoek naar de mogelijke preventie daarvan is nu pas goed op gang gekomen (GROL e.a. 1978, 1981). Mogelijk kan het in deze studie gepresenteerde onderzoek, dat in 1969 is aangevallen, een bijdrage leveren om een concreet beeld te krijgen over het beloop van de gepresenteerde morbiditeit aan psychische stoornissen in een onderzoekpopulatie uit een huisartspraktijk.

1.3. Algemene doelstelling.

Het in de voorgaande beschouwingen tot uiting gekomen onbehagen over het functioneren van de huisarts met betrekking tot de gepresenteerde psychische stoornissen en het feit dat er over het beloop van deze aandoeningen in de huisartspraktijk weinig gepubliceerd is, leidde tot een onderzoek met de volgende doelstelling:

Een concreet beeld te krijgen over het beloop van de morbiditeit bij een, op de presentatie van psychische stoornissen en nerveus-functionele klachten geselecteerde patientenpopulatie uit één huisartspraktijk (populatie at risk), waarbij een aantal factoren worden betrokken die mogelijk van invloed zijn op of samenhangen met dit beloop.

1.4. Algemene vraagstellingen.

Bezien vanuit de concrete situatie van de huisarts, handelend vanuit zijn praktijkvoering, komt de volgende driedelige vraagstelling centraal te staan:

1. Wat kan een huisarts aan presentatie van psychische stoornissen en nerveus-functionele klachten bij zijn patienten verwachten; welke is de omvang van de gepresenteerde psychische morbiditeit?
2. Hoe wordt de psychosociale problematiek aan de huisarts gepresenteerd door deze patientenpopulatie; welk spectrum aan verschijningsvormen komt er tot uiting?
3. Wat kan er over het beloop van de gepresenteerde morbiditeit aan psychische stoornissen bij deze geselecteerde patientenpopulatie na een evaluatieperiode van vijf jaar worden gezegd?

1.5. Indeling van het onderzoek.

Alvorens tot operationalisatie van de vraagstellingen over te gaan wordt eerst in een orienterend gedeelte door middel van een literatuurverkenning het veld van onderzoek, het voorkomen en het beloop van psychische stoornissen en functionele klachten in bevolkings- en patientenpopulatie, nader in beeld gebracht (hoofdstuk 2).

Ook de speciale aspecten die bij de ontmoeting van de huisarts en de psychisch dysfunctionerende mens tot uiting komen, worden aan de hand van een literatuuronderzoek besproken (hoofdstuk 3). Vervolgens komt in het onderzoeksgedeelte de beantwoording van de vraagstellingen aan de orde en wel door middel van drie deelonderzoeken, namelijk: een descriptief inventariserend transversaal onderzoek (de gepresenteerde psychische morbiditeit gedurende 2 jaar), (hoofdstuk 5) en een longitudinaal onderzoek met een evaluatie over 5 jaar (hoofdstuk 7). Daaraan gaat een uiteenzetting over de opzet en de methode van het onderzoek (hoofdstuk 4) vooraf. In een arbeidsanalyse wordt de belasting door de gepresenteerde psychische morbiditeit voor deze huisarts afgezet t.o.v. de totaal gepresenteerde morbiditeit over twee jaar (hoofdstuk 6).

1.6. Algemene benadering van de aspecten die bij een onderzoek naar het voorkomen van psychische morbiditeit in een huisartspraktijk aan de orde komen.

Om enig inzicht te krijgen in het functioneren van de huisarts ten aanzien van de psychische en psychiatrische morbiditeit in de gemeenschap wordt de door GOLDBERG en HUXLEY (1980) geïntroduceerde benadering van het optreden en voorkomen van psychische stoornissen in bevolkings- en patiëntenpopulaties gehanteerd.

Zij ontwierpen een model waarbij 5 NIVEAUS van psychische en psychiatrische morbiditeit, telkens door een filter van wisselende permeabiliteit van elkaar worden gescheiden.

De centrale functie die de huisarts in de totale geestelijke gezondheidszorg vervult komt duidelijk tot uiting in de sleutelpositie die hij inneemt bij de doorlaatbaarheid van het tweede en derde filter, hetgeen in het totaalbeeld van dit onderzoek schematisch wordt aangeduid.

In een epidemiologische beschouwing over onderzoek naar psychische stoornissen in bevolkings- en patiëntenpopulaties bespreken GIEL (1983) en ORMEL (1983) de belangrijke invloed van het huisartsgeneeskundig handelen op deze niveaus van morbiditeit. De berekening van WILLIAMS (1982) ten aanzien van de permeabiliteit van de filters toont duidelijk aan, dat de huisarts als de sleutelfiguur bij de beslissingsstrategie moet worden beschouwd, die de omvang van de psychische en psychiatrische morbiditeit in de patiëntenpopulaties op de diverse niveaus bepaalt, hetgeen door de schattingen van bovengenoemde auteurs wordt bevestigd.

O R I E N T E R E N D G E D E E L T E			U I T V O E R E N D G E D E E L T E	
NIVEAUS	FILTER	Bespreking	Omschrijving	Uitgewerkt
van Psychische morbiditeit	werking wordt bepaald door:	in hoofdstuk	deel-onderzoek	in hoofdstuk
1e NIVEAU Psychische morbiditeit in de GEMEENSCHAP		2		
1e FILTER sleutelfiguren	ZIEKTEGEDRAG patiënt + omgeving (gezin)			
2e NIVEAU Totale gepresenteerde morbiditeit in het 1e echelon		3		
2e FILTER sleutelfiguur	Herkenning stoornis. BESLISSINGS- GEDRAG huisarts			
3e NIVEAU HERKENDE psychische en psychiatrische morbiditeit in het eerste echelon.	s e l e c t i e onderzoek-populatie.	2	4	5
3e FILTER sleutelfiguren	beslissingsgedrag huisarts t.a.v. de VERWIJZING. huisarts, patiënt, omgeving (gezin).	3		
4e NIVEAU Psychische morbiditeit in behandeling bij somatisch georiënteerd spec. of ambulante G.G.Z.				
4e FILTER sleutelfiguren	verwijzing voor KLINISCHE behandeling. huisarts, patiënt, omgeving, gezin, specialist.			
5e NIVEAU Intramurale psychische en psychiatrische morbiditeit				
2. Literatuurverkenning over het voorkomen en beloop van psychische stoornissen in patiëntenpopulaties.				
3. Bespreking van enkele belangrijke aspecten bij de ontmoeting van de huisarts en de patiënt. De filterwerking.				
4. Bespreking opzet en methode van het onderzoek.				

2.0. Oriëntatie.

Om een indruk te krijgen van de problematiek die zich bij onderzoek naar het voorkomen van psychische morbiditeit in de bevolking en in patiëntenpopulaties voor kan doen werd dit vergelijkend literatuuronderzoek verricht. Tevens werd daarbij getracht om het onoverzichtelijke terrein van de epidemiologische literatuur betreffende het voorkomen van psychische stoornissen, functionele klachten en psychiatrische toestandsbeelden in kaart te brengen. Voor de huisarts zijn hierbij de volgende vragen van belang:

1. Wat kan de huisarts in de dagelijkse praktijk verwachten aan psychische stoornissen, syndromen en decompensatietoestanden?
2. Welke incidentie- en prevalentiecijfers betreffende psychische stoornissen en nerveus-functionele klachten worden in deze publicaties aangetroffen?
3. Is er een duidelijk beeld te verkrijgen over het "natuurlijk beloop" van deze stoornissen?
4. Wat kan er nu feitelijk over het ogenschijnlijk zo frequent voorkomen van "depressieve toestandsbeelden" worden bevestigd, speciaal ten aanzien van de huisartspraktijk-populatie?
5. Welk totaalbeeld kan men in het eerste echelon verwachten aan gedragspatronen tengevolge van psychisch dysfunctioneren?

Bij de beantwoording van deze vraagstellingen dient het in de inleiding besproken selectiemodel van GOLDBERG en HUXLEY (1980) betreffende de niveaus van psychische morbiditeit als richtsnoer. In TABEL 2 - 1 worden de diverse aspecten die daarbij aan de orde komen aangeduid.

Twee belangrijke facetten bij de presentatie van psychische morbiditeit in de huisartspraktijk zijn het verschijnsel van de "verborgen" morbiditeit (par. 2.1) en de betekenis van de gezinsinteracties en gezinsrelaties (par. 2.32).

Hoewel beide aspecten niet in dit onderzoek konden worden betrokken is een korte bespreking van de belangrijkste literatuurgegevens onvermijdelijk, gezien het gezin de spil is bij het herstelproces en ook het beloop sterk kan beïnvloeden. De publicaties van de sociaalpsychiatrisch geöriënteerde disciplines geven een algemene indruk over het voorkomen van psychiatrische aandoeningen in de bevolking. Daarom wordt hieraan een paragraaf gewijd (par. 2.2).

Belangrijker zijn echter de gegevens, verkregen door morbiditeits-onderzoek over huisartspraktijkpopulaties, uitgevoerd door huisartsen of met behulp van huisartsen, waarbij de belangstelling vooral uitgaat naar de presentatie van psychische stoornissen en psychosociale problematiek (par. 2.3).

Zowel de omvang als de ernst van het gepresenteerde depressief gedrag in de algemene praktijk rechtvaardigt een afzonderlijke bespreking. Daarbij wordt er naar gestreefd om een voor de huisarts praktische indeling te geven voor de rebricering van de uitingvormen van deze ontstemmingstoestanden.

TABEL 2 - 1

OVERZICHT van de ASPECTEN die in dit onderzoek aan de orde komen met o r i ë n t a t i e ten aanzien van de LITERATUURVERKENNING.			
N I V E A U S van Psychische morbidity	F I L T E R werking wordt bepaald door.	O R I E N T A T I E betreffende.	BESPROKEN in paragraaf
1e NIVEAU Psychische morbidity in de GEMEENSCHAP		"verborgen" morbiditeit epidemiologische gegevens culturele aspecten spreiding in de tijd	2.1 2.2 2.2 2.2 3.00
1e FILTER	ZIEKTEGEDRAG	aspecten psychisch ziek - gezond betekenis van de gezinsinvloeden bij de presentatie van psychische morbidity.	3.0 2.32
sleutelfiguren	patiënt + om- geving (gezin)	Uitstelgedrag Factoren van invloed op presentatie van klachten. stressverwerking. premedische fase. diagnostisch proces. interdoktervariatie aspecten arts-patiënt-relatie medicalisering. somatiseringsproces.	2.1 3.10 2.300 3.10 3.1 3.13 3.21 2.300 3.01 2.300
2e NIVEAU Totale gepresen- teerde morbiditeit in het 1e echelon			
2e FILTER	Herkenning stoornis. BESLISSINGS- GEDRAG huisarts	Onderzoek in huisartspraktijk- populaties. kenmerken psychische en functionele stoornissen en syndromen. kenmerken depressief gedrag. kenmerken neurotisch gedrag.	2.3 2.4 2.5 2.301 2.313 2.312
3e NIVEAU HERKENDE psychi- sche en psychia- trische morbidi- teit in het eerste echelon.	s e l e c t i e onderzoek- populatie.		
3e FILTER	beslissingsgedrag huisarts t.a.v. de VERWIJZING. huisarts, patiënt, omgeving (gezin)	kenmerken psychische decompensatie- toestanden.	2.301
sleutelfiguren			
4e NIVEAU Psychische morbidi- teit in behandeling bij somatisch geo- rienteerd spec. of ambulante G.G.Z.		BEHANDELINGSBELEID psychofarmaca gebruik syndroomverschuiving crisisinterventie	2.311 2.301 2.301
4e FILTER	verwijzing voor KLINISCHE behan- deling. huisarts, patiënt, omgeving, gezin, specialist.		
sleutelfiguren			
5e NIVEAU Intramurale psychische en psychiatrische morbidity			

De omvangrijke literatuur over de neuroseproblematiek maakt een rigoureuze selectie van de te bespreken publicaties noodzakelijk. Het directe belang voor de huisartsgeneeskunde dient hierbij als leidraad. Met een samenvattende bespreking naar aanleiding van deze literatuurverkenning wordt dit hoofdstuk besloten (2.5).

2.1. De verborgen psychische morbiditeit.

Door LAST werd reeds in 1964 gewezen op het merkwaardige feit, dat een groot deel van de "ervaren" onlustgevoelens niet aan de huisarts wordt gepresenteerd. Naar dit fenomeen van de "verborgen" morbiditeit is de laatste jaren veel onderzoek verricht.

Het al of niet presenteren van onlustgevoelens wordt sterk beïnvloed door de gezinsinteracties en relaties (HUYGEN, 1978; HUYGEN e.a. 1983; SMITS, 1973, 1978; VAN DER VELDEN, 1971; MOLL van CHARANTE, 1980), persoonlijkheidskenmerken (VAN DER PLOEG, 1976, 1977, 1980) en van de hulpverlener afhankelijke factoren (CASSEE, 1969, 1973; NEVEN, 1980).

Dit geldt eveneens voor de sociale laag en het geslacht (HULL, 1969), terwijl de culturele invloeden niet te verwaarlozen zijn (GIEL/LE NOBEL, 1971; KABELA, 1980). Over onderzoek betreffende het door WEIJEL (1961) "premedische fase" genoemde tijdsinterval tussen het zich onwelbevinden of gespannen voelen en het inroepen van medische hulp is door het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut een uitvoerig literatuuronderzoek verricht (KUIJVENHOVE/TOUW, 1976).

De verhouding "ervaren" tot "gepresenteerde" morbiditeit, het zogenaamd "Ijsberg-fenomeen" (LAST, 1963; FOLMER, 1968) kan globaal als volgt worden aangegeven: ervaren doch niet gepresenteerde onlustgevoelens 80-90% en gepresenteerd 20-10%. Een verrassende bevinding, die door HANNAY (1980) en HUYGEN e.a. (1983) kon worden bevestigd. MOLL van CHARANTE (1980) komt tot een lager percentage van 63-53%. Dit betekent, dat de hulpverlener maar een topje van de ijsberg te zien krijgt. Het betreft in deze studies dus de totale "ervaren" morbiditeit en niet uitsluitend de psychische morbiditeit. Een indirecte aanwijzing voor het bestaan van een verborgen morbiditeit is het percentage patiënten dat geen contact met de huisarts zoekt gedurende een jaar. Hierbij valt de grote variatiebreedte van de vermelde gegevens op. Door de meeste auteurs werden percentages van globaal 25% gevonden, zonder duidelijke voorkeur voor het geslacht (FRY, 1952; HOEVEN VAN DER/HOGERZEIL, 1965; JANSEN-EMMER, 1958; KRAMER, 1967; MORRELL e.a., 1970; MORRELL/WALE, 1976; OLIEMANS/DE WAARD, 1975; STASSEN, 1953; VAN DER VELDEN, 1971).

Een aantal schrijvers vermeldden hogere percentages van rond de 33% (BUMA/BAK, 1952; LOGAN e.a., 1958; KNOL/ORMEL, 1976). Opvallend hoge percentages van 40-50% vonden BERGSMAN (1966) en BRAMLAGE (1962); dit betrof in beide gevallen een schriftelijke enquête. Twee onderzoekers hebben een vijf jaars evaluatie verricht en kwamen tot de bevinding, dat 9% (FRY, 1957) en 1,9% (BAKER, 1976) van de totale patiëntenpopulatie gedurende die periode geen contact met de huisarts hadden gezocht. De langste periode werd door SHEPHERD e.a. (1966) vermeld, namelijk in een huisartspraktijk had 3% van de praktijkpopulatie over een evaluatieperiode van 10 jaar deze huisarts niet geconsulteerd.

Hierbij moet men echter bedenken, dat hiertoe juist ernstig psychisch gestoorde patiënten kunnen behoren, namelijk de fobie- en paranoïde-patiënten. Onze interesse gaat speciaal uit naar de "latente", niet herkende psychische morbiditeit in huisartspraktijkpopulaties, doch slechts enkele onderzoekers hebben hierover gegevens gepubliceerd. ABRAHAMSON (1969) vermeldt 14% en JOHNSTONE/GOLDBERG (1976) komt op 11%, terwijl GOLDBERG/BLACKWELL (1970) zelfs een percentage van 33% opgeven. Daarbij deed zich het unieke feit voor, dat de aan het onderzoek deelnemende huisarts een psychiatrische vooropleiding had gehad.

Uit de geschatte prevalentiecijfers van psychische morbiditeit in de bevolking van 15 jaar en ouder (175-250 per 1000 personen) en de door de huisarts herkende psychische morbiditeit (155-140 per 1000 personen at risk), gegevens, verstrekt door GOLDBERG & HUXLEY (1980) en recent door GIEL (1983) EN ORMEL/GIEL (1983) nog eens uitvoerig besproken, kan men concluderen, dat er ook ten aanzien van deze categorie aandoeningen een groot reservoir aan latente morbiditeit bestaat.

Uit deze literatuurverkenning ten aanzien van de "latente" psychische morbiditeit kunnen voor de huisartsgeneeskunde enkele belangrijke bevindingen worden genoemd:

1. Hoewel een aantal psychiatrische aandoeningen of psychische stoornissen door de huisarts niet worden herkend, wil dit nog niet zeggen, dat deze patiënten niet worden begeleid. De huisarts kent deze mensen vaak op een andere wijze. Het zijn de wat vreemde mensen die in staat zijn maatschappelijk nog redelijk te functioneren en die vaak in gezinsverband worden opgevangen (GIEL/LE NOBEL, 1971).
2. Zelfs psychiatrisch geschoolde huisartsen blijken in de huisartspraktijk setting eveneens tot een hoog percentage miskende psychiatrische problematiek te komen.
3. De patiënten zelf neigen er toe om psychische stoornissen en problematiek (verslaving) niet als zodanig te presenteren in verband met de negatieve gevoelswaarde, verbonden aan deze stoornissen, zowel bij de patiënt, de omgeving als de huisarts (DIJKHUIS, 1980, HIRS/HORMAN, 1975).
4. Bij chronische psychische stoornissen, vooral verslaving, neigt de directe omgeving, b.v. het gezin, er toe de patiënt met behulp van bepaalde gezinsinteractiepatronen te isoleren of het probleem in te kapselen. Bepaalde signalen uit het gezin (hogere contactfrequentie met andere gezinsleden, het zich aandienen van symptoomdragers of zondebokfiguren) zijn voor de huisarts belangrijke aanwijzingen, dat er iets ernstigs in het gezin aan de hand is (HUYGEN 1978^{II}, 1983^I).
5. De "depressietoestanden" nemen in het kader van deze latente morbiditeit een aparte plaats in, daar hierbij het percentage niet herkende patiënten duidelijk hoger ligt dan bij andere psychiatrische aandoeningen. Dit wordt waarschijnlijk mede bepaald door de grote neiging tot somatisatie bij deze patiënten (FRANKENBERG, 1974^{III}; ROOLMANS, 1974^I, 1975). ORMEL e.a. (1984) berekenden een prevalentiecijfer van 67 per 1000 personen van de bevolking van 18 jaar en ouden (zekere en grensgevallen), doch WATTS (1962^{II}) schatte de latente morbiditeit bij depressies op 150 per 1000 personen (volwassenen?).

6. Interessant is de bevinding, dat zelfs voor ernstige somatische symptomen een duidelijk uitstelgedrag is vastgesteld, en wel voor borstkanker (BAZELMAN, 1975) en bij het herkennen van hartinfarctverschijnselen (BEUNDERMAN, 1976). Ook hierbij spelen duidelijk psychische afweermechanismen (looehenen, rationaliseren, verschuiven en angst) een rol.

2.2. Bevolkingsonderzoek naar psychische morbiditeit.

In de vele publicaties vanuit de sociaal-psychiatrische discipline valt de grote diversiteit van incidentie- en prevalentiecijfers op. Voor de huisartsgeneeskunde zijn deze cijfers minder belangrijk, omdat de psychotische toestandsbeelden in de huisartspraktijk een fractie van de totale morbiditeit uitmaken en deze onderzoeken hierop voornamelijk betrekking hebben. Deze bespreking zal zich daarom beperken tot enkele uit deze literatuur geselecteerde publicaties.

Enkele groot opgezette surveys zijn nader geanalyseerd door ROMME en BAUDUIN (1976) en door BASTIDE (1971). Deze laatste geeft verslag van de ruimtelijke spreiding van psychosen in grootstedse agglomeraties. Door HAFNER/REIMANN (1970) werd de spreiding van psychosen in de stad Mannheim geanalyseerd. Van de vele in deze drie studies bijeengebrachte gegevens zijn de volgende voor de huisarts van belang:

1. Zowel in zeer grote als middelgrote steden wordt een duidelijke spreiding van psychosen waargenomen. Er vindt een uitwijken naar bepaalde stadssectoren met een hoog percentage aan kamer-verhuur plaats. In Mannheim werden de hoogste percentages voor schizofrenie in de slechtste wijken gevonden, terwijl voor de depressieve psychosen de soort wijk van weinig invloed was. Voor neurotische stoornissen werden er grote verschillen per wijk gemeld. In een normatieve praktijk van 2.800 patiënten kan een huisarts per jaar met hoogstens 1 à 2 nieuwe gevallen van schizofrenie worden geconfronteerd, afhankelijk van het al of niet frequent wisselen van een gedeelte van het praktijkbestand en de vestigingsregio. Het aantal reeds bekende gevallen wordt op 2 - 4 geschat, die al of niet redelijk functioneren.
2. Ten aanzien van het geslacht is er voor de psychosen geen duidelijk verschil aan te tonen; bij de neurosen overwegen de vrouwen en bij de persoonlijkheidsstoornissen de mannen.
3. Voor de leeftijdsgroepen komen er geen duidelijke verschillen in percentages voor het voorkomen van psychosen tot uiting, uitgezonderd natuurlijk enkele leeftijdsgebonden aandoeningen.
4. Bij de spreiding van ziekten in de tijd is vooral de cluster-vorming een belangwekkend fenomeen, dat bij bepaalde individuen wel en bij andere niet optreedt. Van betekenis hierbij zijn de persoonlijkheidsstructuur, het directe leefmilieu en het zich bedreigd voelen in de levenssituatie. Men kan zich hierbij de vraag stellen, in hoeverre bepaalde individuen niet tot een dergelijke levensloop met het doormaken van ziekten in clusters gepredisponoerd zijn en actieve hulpverlening slechts tot verstoring van het reeds labiele evenwicht leidt?

In het longitudinale gezins- en familieonderzoek met een evaluatieperiode van 30 jaar kon HUYGEN (1978^I) dit voor een Nederlandse samenleving bevestigen.

Het is begrijpelijk, dat culturele factoren van grote invloed zijn op het voorkomen en het beloop van psychische stoornissen en psychiatrische aandoeningen. De cultureel-anthropologisch bepaalde opvattingen over de begrippen "gezond-ziek" zijn hierbij van doorslaggevende betekenis. In hoofdstuk 3 wordt dit aspect uitvoerig besproken.

Uit de publicatie van SENEY en REDLICH (1968) blijkt duidelijk, dat de subculturele beïnvloeding van grote betekenis is voor het ziektebeloop en ziektegedrag. Vooral gedragsstoornissen, waaronder alcoholisme, druggebruik en sociopathieën worden door het subculturele systeem bepaald.

Religieuze en ethnische groepen laten duidelijke variaties in prevalentiecijfers zien, zoals aangetoond werd in door BASTIDE (1971) beschreven uit Amerika afkomstige studies. Ook GIEL (1972) betreft in zijn studie over het "wel of niet psychiatrisch ziek zijn in transcultureel perspectief" de invloed van de cultuur op het ziektegedrag van de patiënt. Bij onderlinge vergelijking van de gegevens ten aanzien van minder ernstige psychische stoornissen konden er geen duidelijke verschillen bij een toenemende urbanisatiegraag worden aangetoond tussen een Ethiopische gemeenschap en een Nederlandse dorpsbevolking.

Door het grote aantal gastarbeiders wordt de huisarts ook steeds frequenter geconfronteerd met transculturele aspecten van psychische stoornissen, waarbij een identiteitscrisis veel vaker voorkomt dan door de Nederlandse huisarts wordt onderkend (BLIJHAM, 1980). De taalbarrière bij diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen blijft een onoverkomelijke moeilijkheid. KABELA (1980) heeft gewezen op de grotere somatiseringstendens bij buitenlanders, afkomstig uit de landen rond de Middellandse Zee. (Zie NIJDAM e.a. 1984) In het kader van deze studie heeft het weinig zin om verder op de problematiek van transculturele overeenkomsten en verschillen in te gaan, daar de buitenlandse werknemers niet in het onderzoek werden betrokken. Het meest opvallende bij de bestudering van de literatuur over bevolkingsonderzoek is het veelal ontbreken van een ondubbelzinnige psychiatrische nomenclatuur en beschrijving van de gehanteerde epidemiologische begrippen. Hoe moeilijk het is om tot een aannemelijke schatting van het voorkomen van psychische stoornissen te komen (waaronder psychosociaal dysfunctioneren), blijkt uit de discussie tussen DE GROOT (1971) en TRIMBOS e.a. (1971) waarin de steeds weer hardnekkig opduikende schatting van psychisch dysfunctioneren van 25-30% ernstig wordt betwijfeld. DE GROOT memoreert het verslag van Taylor en Chave uit 1964, waar bij 17 prevalentieonderzoeken verschillen, variërend van 8/1000 - 815/1000 onderzochte personen werden gevonden. In zijn steekproefonderzoek in een Nederlands dorp (1972^{II}) komt Giel tot een schatting van 13% zeker of waarschijnlijk psychisch gestoorde patiënten, terwijl 15% twijfelachtig psychisch gestoord is. De totale psychiatrische morbiditeit in deze populatie werd geschat op 10,6% voor de mannelijke en 17,6% voor de vrouwelijke bevolking boven de 15 jaar. Recentere schattingen van psychische morbiditeit in bevolkings- en praktijkpopulaties met behulp van gestandaardiseerde onderzoekprocedures, die op hun betrouwbaarheid zijn getoetst, geven een consistent beeld te zien ten aanzien van de prevalentieschattingen (ORMEL/GIEL, 1983).

Uit de publicaties van GOLDBERG en HUXLEY (1980), GIEL (1983) en ORMEL (1983) blijkt, dat de jaarlijkse prevalentie van psychische problemen tussen Nederland en Engeland niet veel uiteenloopt. Geplaatst in het selectiemodel van GOLDBERG/HUXLEY konden de volgende prevalentiecijfers per 1000 van de bevolking worden berekend voor de psychische morbiditeit:

	morbiditeit in de bevolking	gepresenteerde morbiditeit	herkende morbiditeit	totale G.G.Z.	\times intramurale G.G.Z.	\times
Nederland	175 - 260	155 - 220	155	26 - 27	8 - 10	
Engeland	250	230	110	17	6	

X = Geestelijke Gezondheidszorg. Tabel overgenomen uit ORMEL/GIEL (1983)

2.3. Onderzoek naar psychische morbiditeit in huisartspraktijkpopulaties

2.30 Begripsomschrijving en kenmerken van functionele en psychische stoornissen en syndromen in de huisartspraktijk.

2.300 Begripsomschrijvingen van psychische en functionele stoornissen.

Allereerst wordt nadrukkelijk gesteld, dat de scheiding tussen psychische en functionele stoornissen natuurlijk een symplificatie is met de bedoeling om de problematiek beter bespreekbaar te maken. Ook in de literatuur worden deze stoornissen vaak afzonderlijk besproken. Het zijn uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren die bij psychische decompensatietoestanden vaak tegelijkertijd of wisselend worden gepresenteerd. Zij berusten op dezelfde psychodynamische ontstaansmechanismen, namelijk de reactie op spanning en de wijze en mogelijkheden van stressverwerking. Bij de functionele klachten en stoornissen komt de somatische uitingsvorm op de voorgrond te staan. Vervolgens moet opgemerkt worden, dat psychische en lichamelijke spanning een voorwaarde is om menselijk te kunnen functioneren en adequaat te reageren en behoort tot de eerste fase van de stressreactie. Ook dient de huisarts er rekening mee te houden, dat er lichte wisselingen in de stemming, de affectiviteit, de aanspreekbaarheid en het affectief contact kunnen optreden zonder dat de patiënt zich van een duidelijke stresstoestand bewust is. Dit zijn de door RUMKE (1948) genoemde psychische stoornissen bij de gezonde mens, die nog niet tot de psychische decompensatietoestanden kunnen worden gerekend. Het zijn de momenten of perioden waarin het integrerend en regulerend vermogen te kort schiet. Indien de psychische spanning tot een gevoelsmatige beleving aanleiding geeft, die als hinderlijk, lastig en storend wordt ervaren, kan deze tot de presentatie van psychische stoornissen en functionele klachten aanleiding geven.

VAN AALDEREN (1975) stelt, dat het begrip "spanning" niet concreet te omschrijven is. Het zijn niet objectificeerbare belevingen van mensen en als zodanig niet concreet grijpbaar te maken.

De oorzaken van deze spanningen kunnen zowel in de persoon zelf zijn gelegen (het niet bereiken van gestelde doelen) als vanuit de omgeving (gezin, gemeenschap, maatschappij) worden opgeroepen. Begrijpelijk is, dat de mate van stress bepaald wordt door de mate waarin deze door het betreffende individu als hinderlijk of frustrerend wordt ervaren, hetgeen weer van invloed is op het "coping gedrag" en het gepresenteerde beeld. In het kader van dit onderzoek kan niet uitvoerig worden ingegaan op de samenhangen tussen psychische spanning en de presentatie van psychische stoornissen en functionele klachten.

Kort samengevat zijn de belangrijkste bevindingen uit de literatuurverkenning de volgende:

1. Het hangt van de effectiviteit van het "coping-gedrag" af, in hoeverre het individu in staat is zich aan relatief moeilijke omstandigheden aan te passen, waarbij persoonsgebonden kenmerken alsmede de mogelijkheid om in sociale netwerken te worden opgevangen van grote betekenis zijn (BASTIAANS, 1957; KABELA, 1981; TURK, 1982; FREEDMAN/HOES, 1984; JONGERIUS, 1984).
2. Zowel het probleemoplossend vermogen als de beleving door het individu van de levensgebeurtenis zijn bepalend voor het beloop van het coping-gedrag, waarbij de arts er zich voor moet hoeden zijn eigen beleving als maatstaf te hanteren (VAN EIJK, 1979 1-2; NIJHOF 1972, 1979; DE MELKER, O'NEILL, POST, 1984).
3. De wijze van stressverwerking wordt in de vroege jeugd aangeleerd en is dus sterk gezinsmatig gebonden en moet ook als een doorgeefpatroon binnen de familie worden beschouwd (VAN EIJK, 1979 I-II).
4. De spanningsbronnen blijken voor het grootste gedeelte binnen gezins- en familieverband gesitueerd te zijn, daarna komt pas de werksituatie. En juist spanningen in en door de werksituatie worden het beste en snelste verminderd bij een gezonde en adequate gezinsinteractie (EISLER/POLAK, 1971, KESTELOO, 1974; MEENS, 1981; DEKKER, 1982; AAKSTER, 1974^{I-II}).
5. Het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" is de belangrijkste uitingsvorm van psychisch dysfunctioneren tengevolge van psychische spanningen (KRAUS, 1955; KUIPER, 1974 1e dr., KRAFT, 1972, 1975; JONGERIUS, 1984).

Met psychische stoornissen of toestandsbeelden worden de acute stoornissen of syndromen bedoeld, waarbij nog geen uitspraak in diagnostische zin over de verschijningsvorm kan worden gedaan (SILBERMANN, 1970).

Bij de psychische symptomen/klachten die als uitingsvorm van psychische spanning worden gepresenteerd staat het angstgevoel centraal, dat, indien niet bewust, aan de vegetatieve angstaequivalenten onderkend kan worden. De onrustgevoelens, de emotionele labiliteit, de hyperreagibiliteit die kan leiden tot agressief gedrag, worden meestal rechtstreeks, verbaal of non-verbaal, geuit. De slapeloosheid door het dag en nacht piekeren over de frustrerende ervaring ontbreekt zelden, evenals het ondoelmatig, rusteloos, ongeordend bezig zijn. Naar concentratie- en geheugenstoornissen zal men vaak moeten vragen evenals naar vegetatieve stoornissen. Als symptomencomplex komt men dit beeld in de huisartspraktijk als uitingsvorm van stressverwerking bij diverse psychische decompensatietoestanden tegen.

Het begrip functionele klacht of stoornis, dat reeds rondom de eeuwwisseling geïntroduceerd werd (CLUYSENAER, 1980), is een bijzonder moeilijk te hanteren begrip, daar er door vele auteurs een verschillende betekenis aan wordt gegeven. Dit geldt eveneens voor de terminologie, waaraan eerst aandacht wordt besteed. Enkele huisartsen (KUIJPERS, 1966; VAN LITH DE JEUDE, 1971; STAM, 1976) geven de voorkeur aan de term psychosomatische klacht/stoornis, waarschijnlijk op dezelfde gronden als STAM (1976), die hierover zegt: "als de arts de term nerveus-functioneel hanteert, staat hij diametraal t.o.v. de "labeling" van de patiënt, die zijn klacht als somatisch etiketteert en daarmee wordt de werkwijze van de arts in hoge mate beïnvloed".

Daar bij deze klachten vaak ook somatische hulp wordt geboden, ligt het voor de hand te spreken over psychosomatische klacht, waarvoor psychosomatische hulp geïndiceerd is. Tevens spreekt STAM (1976) van een lichamelijke uitdrukking van problemen, die zijn ontstaan in relatie met de omgeving, waarbij de klacht als een bewijs van afweer van de problematiek moet worden beschouwd en tevens het gevolg is van die afweer en als functie heeft: het conflict onbewust te houden.

Ook MUSAPH (1974^I) is van oordeel, dat "symptoomvorming optreedt als een agressieve impuls wordt afgeweerd en de energie wordt ontladen langs de weg van de organische functie".

De meeste auteurs hanteren de term "(nerveus-) functionele klacht of stoornis" (SMITS, 1973; BREMER, 1974; VAN MIERLO-SMITS, 1974; CLUYSENAER, 1980; HUYGEN, 1980, 1984^{II}), omdat hier sprake is van reactiepatronen op spanningen en emoties, dus psychogeen bepaalde functiestoornissen, die bij alle mensen kunnen voorkomen. Slechts bij een minderheid van hen geeft dit tot de presentatie van een klacht aanleiding. Inplaats van over (nerveus) functionele klachten te spreken wordt ook wel aanbevolen de term "psychogene stoornis" te gebruiken, indien vermoed wordt, dat de functiestoornis een gevolg is van psychische stress, langer durende psychische spanning of duidelijk psychisch conflict en er geen somatische afwijking wordt gevonden (KUIPER, 1967^I).

Indien de aard en de ernst van een eventuele somatische afwijking in geen verhouding staat tot de geuite klachten of gepresenteerde symptomen, geeft de term "psychogene superpositie" het totale beeld duidelijk weer.

Alle bovengenoemde begrippen worden in de literatuur vaak aangeduid met de term "psychosomatische stoornis", dat dan als een samenvattend begrip wordt gehanteerd, terwijl het eigenlijk betekent, dat het psychogeen symptoom als een begeleidend verschijnsel van een langdurige psychische spanning optreedt (KUIPER, 1967^I), hoewel velen hierbij functiestoornissen in de afzonderlijke organen veronderstellen. Deze term kan dus beter vermeden worden en gereserveerd voor de "psychosomatische ziekten in engere zin" die door GROEN e.a. (1951) omschreven worden als "in een of meer organen der vegetatieve sfeer gelocaliseerde functiestoornis met morfologische veranderingen, ontstaan onder invloed van beheerste, resp. onderdrukte, emotionele conflictreacties bij daarvoor geprepareerde individuen".

Ten aanzien van de functionele klachten is het begrijpelijk, dat dit moeilijk te omschrijven begrip onder diverse synoniemen wordt aangeduid; zoals: nerveus-functionele of psycho-somatische klachten, symptomatische aandoeningen, psychological diseases, emotional disorders, anxiety states with associated somatic symptoms (code 135 E-lijst), psychoneurose.

In de ICD 8, Nederlandse vertaling, wordt gesproken over "lichamelijke stoornissen van vermoedelijk psychogene oorsprong".

Door vele Engelse auteurs wordt de omschrijving van de code 135 van de E-lijst gehanteerd, waaronder volgens OLIEMANS (1969) in het algemeen verstaan wordt de presentatie van: "psychoneurose met somatische klachten; nerveuze klachten; psychogene, functionele klachten; neurasthenie; overspannenheid".

Een gedifferentieerd onderzoek over nerveus-functionele klachten is gepubliceerd door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut met gegevens over de periode van 1971-1978, beschreven in de Syllabus "Gewone ziekten" NUHI (1980). Hierbij wordt de volgende omschrijving van nerveus-functionele klachten gegeven: "Klachten betreffende het lichamelijk of geestelijk functioneren, waarbij ondanks adequaat onderzoek geen organische oorzaak van de klachten kan worden aangetoond, terwijl er tevens duidelijke aanwijzingen bestaan voor spanningen in de leefsituatie die de klachten zouden kunnen verklaren". Terecht wordt er door HOPPENER/DU JOUR (1983) op gewezen, dat men aan deze omschrijving zou moeten toevoegen, dat "een duidelijk psychiatrisch ziektebeeld is uitgesloten", omdat bij depressies en hypochondrie vele lichamelijke symptomen kunnen voorkomen".

Een bijzonder irriterend beeld in de huisartspraktijk is het "chronisch klaaggedrag", dat op een symposium in mei 1978 (Ursula kliniek) vanuit enkele psychiatrische gezichtspunten uitvoerig werd belicht (VAN DE LANDE, ZITMAN, VAN AGTEREN, EIJK, VAN DIJCK, 1978). Kort samengevat kan dit ziektegedrag als volgt worden gekarakteriseerd. De langdurige, frequente presentatie van een vrij constant klachtenpatroon, dat opvalt door een scala van meestal vaag omschreven lichamelijke en psychische klachten. Essentieel hierbij is, dat er ondanks herhaald uitvoerig onderzoek noch op somatisch, noch op psychisch gebied een verklaring voor dit hardnekkig klachtenpatroon is gevonden. Het kernprobleem is de therapieresistentie, het zich regelmatig onttrekken aan de behandeling (absenteïsme) en het niet opvolgen van de voorschriften.

Het bijzondere kenmerk van het "chronisch klaaggedrag" is de "specifieke relatie tussen klager en hulpverlener (de beklagde?)" (VAN DE LANDE, 1978), waarbij men kan spreken van een afhankelijkheidsrelatie. De hele problematiek van de relatie- en interactiestoornissen spelen hierbij een grote rol, waarop de huisarts bedacht moet zijn bij de begeleiding van de patiënt "die altijd klachten" heeft (DIJKHUIS en BLIJHAM, 1974). Wanneer men de relatie met deze patiënten verbreekt kunnen er onthoudingsverschijnselen optreden, die met vreemde gevoelens en depressieve ontstemmingen gepaard kunnen gaan.

De hypochondrische syndromen (PAAL, 1968) vertonen veel overeenkomst met het hierboven beschreven beeld van het chronisch klaaggedrag. Eveneens moeilijk in te delen is de groep patiënten met een chronisch klachtenpatroon waarbij de hardnekkige pijn op de voorgrond staat, door GROEN (1979) het syndroom van de "onbehandelbare pijn" genoemd, waarvan in iedere huisartspraktijk wel een aantal gevallen voorkomen. Bij dit functionele syndroom zouden zowel componenten van conversie, gemaskeerde depressie, hypochondrie en dwangmatigheid moeten worden aangenomen. Door HOPPENER/DU JOUR (1983) wordt op de "zelfhand-havingsfunctie" gewezen, waarbij dus de klachten een essentieel onderdeel van het persoonlijk evenwicht vormen.

Onvrede met de totale levenssituatie zou bij vele van deze patiënten een reden voor dit continue aandacht vragen zijn en zowel hulpvrager als hulpverlener lopen een bijzonder groot risico om in het somatiseringsproces verstrikt te raken. Door sommigen wordt het "chronisch klaaggedrag" ook opgevat als een uitingsvorm van een "gemaskeerde depressie" (ROOIJMANS, 1974, 1975; KIELHOLZ e.a., 1973). Bij gastro-intestinale klachten, moeheid, lusteloosheid, futloosheid, adynamie en vooral rugklachten dient de huisarts op een depressie bedacht te zijn, ook indien geen stemmingswisselingen of dagschommelingen worden aangegeven. Wanneer men een aanwezige depressiecomponent niet onderkent, kan het somatiseringsproces blijven voortbestaan. Het "chronisch klachtenpatroon" kan ook als een eindpunt van het proces van "somatische fixatie" worden beschouwd (GROL e.a., 1978 II), waarbij de nadruk vooral komt te liggen op het relationeel gedrag van de patient met zijn omgeving en de hulpverlener. Er is sprake van een stilzwijgend contract tussen arts en patient om zich te beperken tot de lichamelijke klachten, waarbij het bespreken van de relationele of psychosociale problemen hardnekkig wordt vermeden of geen enkel resultaat oplevert.

Deze categorie patiënten kenmerkt zich o.a. door de neiging om de verantwoordelijkheid bij de hulpverlener te leggen, conflicten te vermijden en het gezinssysteem te stabiliseren (SMITS e.a. 1978^{II}).

Hiermee komen we aan een bespreking van het somatiseringsproces dat ten nauwste samenhangt met de presentatie van functionele klachten en door een complex geheel van factoren wordt bestuurd en beïnvloed. Zowel de arts, de patient als zijn omgeving (gezin) worden hierbij betrokken door de wijze waarop zij de meestal vage lichamelijke klachten interpreteren in de interactie met de patient. Aan het thema "processen van somatisatie" blijkt vooral de huisarts-geneeskunde een grote bijdrage te hebben geleverd; hetgeen niet verwonderlijk is, omdat juist de huisarts de onlustgevoelens het eerst krijgt gepresenteerd en bij hem de beslissing valt of en hoe het proces van somatisatie zal gaan verlopen (VERHULST, 1974; BALINT, 1965; GROL e.a., 1981).

Zonder meer kan worden gezegd, dat iedere arts in de dagelijkse praktijk, in welke geneeskundige discipline hij ook werkzaam is, met de funeste gevolgen van de processen van somatisatie wordt geconfronteerd en zijn aandeel daarin ter harte moet nemen.

Vooraf door BALINT (1965) is als een der eersten op de gevaren van een te grote gerichtheid op de somatische aetiologie van de klacht gewezen, waarbij vooral de "diagnose door elimineren" kan leiden tot het ontstaan van de "georganiseerde ziekte". Hierbij heeft hij de nadruk gelegd op de therapeutische aspecten van de "medische situatie" en het gebruik van de "dokter" als "drug" geïntroduceerd.

Evenals BALINT (1965) heeft ook VERHULST (1974) een levendige beschrijving gegeven van dit "proces van somatisatie", en daarbij aan de hand van een casus getracht aan te tonen, dat het beloop vooral bepaald wordt door de arts-patient interactie. Een positieve conditionering van de klachten door de arts in de beginfase van de probleempresentatie kan het somatiseringsproces op gang brengen. Bijzonder illustratief is de beschrijving van de beleving door de patient van het arts-patient-contact i.v.m. de gewaarwording van onlustgevoelens en welke gedachten er voor en na het consult bij de patient kunnen opkomen (POSTMA, 1982).

Uit zijn psychologische beschouwing blijkt, dat wat er buiten de spreekkamer gebeurt van grote invloed kan zijn op het beloop van het ziekte- (evt. somatisatie-) proces.

Op een geheel andere wijze heeft IEMHOFF (1979) de aandacht op de diverse facetten van ons thema gevestigd en op de problematiek van de "interpretatie" van de gepresenteerde morbiditeit van psychische stoornissen en klachten. Daarbij stelt hij: "Het hebben van een klacht of kwaal is eerder een normale dan een uitzonderlijke toestand en daar er een zekere willekeur in de keuze van het symptoom zit, die, als de arts er niet op ingaat direct door een andere kan worden vervangen; wordt het duidelijk dat het symptoom en de klacht van secundair belang zijn en dat het primair om de patiënt-arts interactie draait".

De functionele klacht is een communicatiemiddel waarmee de patiënt zijn verontrusting over een bepaalde gemoedstoestand uit en daarmee een beroep doet op de ander om zijn verontrusting te begrijpen (MEININGER, 1975).

Somatiseren kan men omschrijven als het normale verschijnsel van het menselijk gevoelsleven, waarbij personen op lichte of aangrijpende levensgebeurtenissen met spanning reageren en daarop voorbijgaand lichamelijke sensaties en onlustgevoelens ondervinden, die afhankelijk van het probleemoplossend vermogen aanleiding geven tot de presentatie van functionele klachten of stoornissen aan de (huis)arts (BOECKHORST e.a., 1977). Bij het proces van somatisatie gaat het om een bepaald gedrag van de hulpvrager, dat tot uiting komt in de presentatie van de vage lichamelijke klachten, die in verband moeten worden gebracht (door de hulpverlener) met de psychische en sociale problemen (Amsterdamse research groep, SCHOUWENBURG, 1976).

De Nijmeegse werkgroep verstaat onder het "proces van somatische fixatie" het verschijnsel: "dat mensen exclusief medisch-somatische aandacht krijgen of vragen voor problemen, die niet primair of die slechts gedeeltelijk somatisch bepaald worden, waardoor belangrijke psychosociale aspecten naar de achtergrond worden gedrongen, zodat zij onbereikbaar en onoplosbaar worden (HUYGEN, 1978^{II})". Kernachtig wordt hieraan toegevoegd: "Somatische fixatie is een reductie van meeromvattende problemen van mensen tot louter medisch-somatische in de interactie tussen arts en patiënt". (HUYGEN, 1978^{II}).

M.i. wordt het door VAN EIJK (1981) praktisch uitgedrukt met de omschrijving: "Bij somatische fixatie wordt er door de patiënt zelf, diens omgeving of door de hulpverlener uitsluitend aandacht geschonken aan de ziekte of onlustgevoelens en niet aan de wijze van omgang hiermee, aan de oorspronkelijke gebeurtenis of aan het daarmee samenhangend probleemoplossend gedrag".

Het accent ligt op de eenzijdige benadering van de gepresenteerde lichamelijke klacht, met uitsluiting van het communicatieve aspect van de klacht, waardoor er een fixatie in de ziekenrol ontstaat, waarin de eigen verwachtingen en wensen centraal blijven staan (zowel voor de hulpvrager als de hulpverlener).

Naar mijn mening wordt in het algemeen, indien men over somatisering spreekt, bedoeld hetgeen door SMITS (1978^{II}) wordt omschreven als: "het verschijnsel dat mensen het accent van de aandacht vestigen op de somatische component van hun spanning hetgeen een gevolg van selectie-mechanismen is, waarvan de mens gebruik maakt om de vele prikkels die op hem afkomen het hoofd te kunnen bieden".

Onder "somatiseringsgeneigdheid" kan men volgens SMITS (1978 II) dan verstaan "de mate waarin spanning als lichamelijke sensaties wordt ervaren; hetgeen tot een habituele manier van omgaan met spanningen kan leiden, waarbij de aandacht eenzijdig gericht wordt op de lichamelijke kant van de spanning".

VEENSTRA (1970) meent, dat het begrip betrekking heeft op een veronderstelde neiging, bereidheid of mogelijkheid, waardoor psychische conflicten direct of indirect in de lichamelijke sfeer worden geprojecteerd. Bij het somatiseren kan men zowel aspecten van de behoefte aan uitbeelding als van verdringing (van neurotische problematiek) onderkennen. Ten aanzien van de somatiseringstendens komt GIEL (1972^{II}) tot de conclusie, dat vrouwen problematiek voornamelijk in de vorm van psychische klachten tot uiting brengen en mannen overwegend nerveus-functionele klachten, speciaal van de tractus digestivus. Volgens POSTMA (1981^{II}) omvat het somatiseringsproces meer dan het begrip "somatiserende patiënt" in de zin van patiënten met vage klachten. Het proces bestaat uit een in de tijd voortschrijdende wisselwerking van een veelheid van factoren op micro- (patiënt-huisarts interactie) en macro- (maatschappelijke- en gezondheidszorgstructuren) niveau. Evenals het begrip "medicalisering", waaronder men het oneigenlijk gebruik van de medische kanalen voor niet medische problemen verstaat, wordt ook het begrip "somatiseren" in vele betekenissen gebruikt door de diverse medische disciplines.

2.301 Bespreking van de kenmerken van functionele en psychische stoornissen.

1. De uitgebreide literatuur over functionele klachten en stoornissen geeft het volgende beeld over de belangrijkste kenmerken:
 - a. De functionele klacht wordt het meest gekarakteriseerd door de vaagheid ervan, met als gevolg de geringe bespreekbaarheid en bepaalbaarheid, hetgeen in het communicatieve aspect weer tot uiting komt. Patiënten verbinden vage klachten vooral met eigen belevingen en gewaarwordingen en huisartsen leggen de nadruk op de vaagheid in de communicatie over een bepaalde klacht (DE HAAN, 1982).
 - b. Een essentieel gegeven bij de benadering van patiënten met functionele klachten is de ontkenning van problemen in relatie met hun klachten en de afweer (vermijdingsgedrag) ten aanzien van verklarende of inzichtgevende hulpverlening.
 - c. Angst heeft een grote invloed op de presentatie van functionele klachten en kan het gehele klachtenpatroon beheersen.
 - d. Opvallend is dat patiënten met functionele klachten een beduidend hogere arts-patiënt contactfrequentie hebben dan de gemiddelde frequentie in een populatie.
 - e. Naast het orgaangerichte klachtenpatroon worden vaak de kernsymptomen van het "neurasthene symptomencomplex" gevonden: moeheid, hoofdpijn, lusteloosheid, duidelijkheid, prikkelbaarheid en concentratiezwakte.

- f. Karakteristiek bij de presentatie van functionele klachten is het verschijnsel dat de meeste patiënten per geval of arts-patiënt-contact meerdere klachten melden, over meerdere tractus verdeeld, de "presentatie van een scala van functionele klachten".
- g. Bij het "chronisch klaaggedrag" is er sprake van een specifieke relatie tussen klager en hulpverlener met veel overeenkomst met het afhankelijkheidssyndroom. Bij verbreking van de relatie kunnen zelfs onthoudingsverschijnselen optreden.
- h. Deze patiënten met een "chronisch klaaggedrag" vermijden conflicten en leggen de verantwoordelijkheid voor de totale situatie bij de ander, de hulpverlener of de sleutelfiguur.
- i. Een belangrijk en veelvuldig voorkomend kenmerk van functionele en psychische stoornissen en syndromen is de syndroomverschuiving, waaronder men het verschijnsel verstaat dat in aansluiting aan het verdwijnen van het ene symptoom/syndroom er een ander wordt gepresenteerd (GROEN e.a., 1958). De syndroomverschuiving kan zowel op psychisch als functioneel niveau plaatsvinden, maar ook psycho-somatische en somato-psychische verschuiving komt voor en is door GROEN e.a. (1958) beschreven met aanduiding van de vermoedelijke aanleiding. De volgende conclusie uit de waarnemingen van GROEN is belangrijk: "Evenals sommige ziekteverschijnselen onder invloed van emotionele spanningen kunnen ontstaan (psychogene syndroomvorming), kunnen zij onder invloed van emotionele factoren plaats maken voor andere ziekteverschijnselen (syndroom-verschuiving), of zij kunnen onder invloed van emoties verdwijnen (syndroom-onderdrukking). Voor de praktijk is het tevens van belang om rekening te houden met het feit, dat er bij de syndroomverschuiving niet persé van een directe opeenvolging van symptomen/syndromen sprake behoeft te zijn. Er kan een latente periode van weken, maanden of jaren optreden (BASTIAANS, 1957). Wanneer een nieuw syndroom maatschappelijk beter aanvaardbaar is, wordt er in vele gevallen zelfs een herstel verondersteld. De keuze van het symptoom (gedeeltelijk bewust, gedeeltelijk onbewust, hangt ook van de aanvaardbaarheid ervan door de patiënt af. Voor de verklaring van de psychodynamische processen die aan de syndroomverschuiving en verdringing ten grondslag liggen wordt verwezen naar de dissertatie van BASTIAANS (1957) en de beschouwingen van GROEN e.a. (1958).

2. Kenmerken van enkele functionele syndromen.

Het functionele syndroom kan omschreven worden als een symptomen-complex dat gedurende langere tijd (door sommige auteurs op minstens 3 maanden gesteld) in een vrij constante vorm wordt gepresenteerd, waarbij het functionele klachtenpatroon hoofdzakelijk op een bepaalde tractus betrekking heeft.

Bij het bijzonder vaak voorkomende "gastro-intestinale syndroom" zijn echter een aantal syndromen te onderscheiden, die alle als hoofdmerk de "onverklaarbare buikpijn" hebben.

Zowel voor huisarts als klinicus uit diagnostisch oogpunt bijzonder gevaarlijke syndromen, daar de differentiaaldiagnose ten opzichte van levensbedreigende aandoeningen hier een veel grotere rol speelt dan bij de overige functionele syndromen. Het "syndroom van de gezonde appendix" (ZITMAN, 1980) en het "bekkenpijnsyndroom" (SIKKEL, 1969; KINGMA, 1972; LOENDERSLOOT, 1976) zijn hier sprekende voorbeelden van.

Het spastisch colon, irritable bowel syndroom, wordt door MEIJER (1981, 1982) zeer uitvoerig beschreven als een specifieke darmstoornis, als een algemene irritabiliteit en als een psychologische verklaren verschijnsel uit een bepaalde karakterstructuur, waarbij een neurotiserende ontwikkeling veelal kan worden aangenomen. Ook TEN THIJE (1980) meent, dat psychogene factoren een grote invloed hebben bij dit I.B.S. en vermeldt ook de lange duur en een piek tussen het 20e en 40e jaar, terwijl er frequent belangrijke ziekten in de voorgeschiedenis worden aangetroffen. Vanuit de psychiatrische discipline (HOPPENER/DU JOUR, 1983) wordt er op gewezen, dat in vele gevallen aan de klachten fysiologisch-anatomische veranderingen, doch geen aantoonbare afwijkingen ten grondslag liggen.

Vervolgens komt de tractus locomotorius als "target organ" ter sprake. Door diverse auteurs nader beoordeeld t.a.v. de lage rugklachten, waar psychogene klachten het beeld kunnen beheersen of als een psychische superpositie herstel verhinderen (BIERKENS, 1967; HERNGREEN, 1975; OOSTERHUIS, 1978; BASTIAANS, 1980; OOSTDAM/PONDAAG, 1980). Door OOSTERHUIS (1982) is het gedragspatroon op frustratie en stress nader onderzocht. Hierbij heeft hij de relatie tussen de presentatie van nekklachten en onverwerkte gevoelens van agressie; buikklachten en onverwerkte angstgevoelens en lage rugklachten met gevoelens van verdriet, onmacht, teleurstelling aangetoond. In Nederland publiceerde KUIJPERS (1966) als eerste huisarts een onderzoek in een plattelandspraktijk over de gepresenteerde "psychosomatische" stoornissen, waartoe hij de functionele klachten rekende. Hierbij viel hem op, dat er vaak meer dan een klacht door deze groep patiënten werd gepresenteerd en dat er weinig verschil in het klachtenpatroon tussen mannen en vrouwen werd gevonden.

Vooraf de trias "moeheid, hoofdpijn en duizeligheid", gecombineerd met adynamie, prikkelbaarheid, moeilijk concentreren en slapeloosheid, alsmede angst- en depressiegevoelens beheersen het beeld, dat door hem werd aangeduid als het "neurastheen syndroom". Tevens bleek hem, dat patiënten bij angst vooral hartklachten en bij depressie voornamelijk buikklachten presenteerden.

Later werd door VAN DER VELDEN (1971) dit syndroom ook bij huisvrouwen relatief frequent waargenomen en daarom het "neurastheen syndroom van de huisvrouw" genoemd. Ook bij het onderzoek van LAMBERTS (1975), waarbij 18% van de praktijkpopulatie probleemgedrag presenteerde, bleek, dat van de psychische reacties de "neurasthene reactie" met 58% op de voorgrond trad en voornamelijk bij vrouwen werd gediagnostiseerd. Bij de "overspanningstoestanden" (KRAFT, 1972) wordt ook het "neurastheen syndroom" met een scala van functionele klachten vaak langdurig waargenomen. Opvallend is, dat deze patiënten steeds frequent met een scala van klachten aankomen, die wisselen, al naar de reactie van de arts op deze klachten. Ook DEBERDT (1972) wijst op de kenmerken van psychische moeheid t.g.v. langdurige stress, die aanvankelijk met een overcompensatie wordt beantwoord en vervolgens een vicieuze cirkel gaat doorlopen met tenslotte de presentatie van een "neurastheen syndroom".

Over de bijzonder veel voorkomende hoofdpijnsyndromen, waarbij het chronisch karakter opvalt heeft POST (1980, 1981) vanuit de huisartspraktijk een onderzoek verricht, waarbij bleek, dat een goede huisarts-patiëntrelatie van essentieel belang is om somatisering te voorkomen, daar dit alleen kans van slagen heeft bij een langdurige begeleiding van de patiënt. Voor de moeilijke differentiaal diagnostiek tussen psychogene en somatische hoofdpijn zijn de publicaties van BIEMOND (1971), WESSELY e.a. (1975), BREMER e.a. (1970) en ZIMMERMAN (1975) belangrijk. Voor de huisarts is de beschrijving van de psychogene aspecten van hoofdpijn door VEENSTRA (1970) van bijzonder praktische betekenis. Kort samengevat kan men de volgende praktische indeling maken.

Allereerst is het belangrijk de passagère hoofdpijn als reactie op een sterke emotie, vermoeidheid, spanning of emotionele frustratie bij de normale persoon te onderkennen. Bij een neurotische ontwikkelingsgang van de persoon in kwestie treedt reeds als reactie op de normale stress om aangepast te kunnen functioneren hoofdpijn op. Hierbij zijn complexe psychodynamismen in het spel. Dit verklaart ook de chroniciteit van het hoofdpijnsyndroom bij deze categorie patiënten.

Vervolgens kan men onderscheid maken tussen: vasogene hoofdpijn, waarbij een samenhang wordt aangenomen tussen een bepaald persoonlijkheidstype en bepaalde psychogene factoren die het hoofdpijnsyndroom luxeren, de migraine (een psychosomatische ziekte?). Bij de frequent voorkomende myogene hoofdpijn, ook wel als spierspanningshoofdpijn of nerveuze hoofdpijn aangeduid, komen ook vaak klachten van het neurasthene syndroom voor. Zowel angst als beheerste agressie (OOSTERHUIS, 1982) zijn hier de belangrijke psychogene factoren, waaraan de huisarts bijzondere aandacht moet besteden. Verder spreekt men van psychogene hoofdpijn, indien de verwerking van gedeeltelijk bewuste of onbewuste conflicten ten grondslag liggen aan de meestal chronische hoofdpijn. Deze klacht kan dan weer gehanteerd worden om gedeeltelijk bewuste of onbewuste doelstellingen te bewerkstelligen. Bij de beide laatste hoofdpijnsyndromen dreigt de somatische fixatie. In het onderzoek van GIEL/VAN DER LUGT (1966) komt de angst voor een ernstige kwaal als reden voor klachtenpresentatie, vooral bij hoofdpijn, duidelijk tot uiting.

Als laatste opvallend functioneel syndroom, vooral gezien het alarmerend karakter ervan, moet het hyperventilatiesyndroom worden genoemd, waarover ORLEMANS en TEN DOESSCHATE (1976) een aantal voor de huisarts belangrijke artikelen hebben gepubliceerd waarin zij er op wijzen, dat de ongemotiveerde angst bij dit functionele syndroom centraal staat waardoor bij inadequate behandeling de somatisering extra versterkt wordt.

In het praktijkvoorbeeld, gerefereerd door VAN DER VELDEN (1976), waarin de samenhang met huwelijksproblematiek fraai wordt geïllustreerd, komt de hulpkreet van de patiënt duidelijk tot uiting en wordt erop gewezen, dat het symptoom van hyperventileren een eigen leven kan gaan leiden. Aanpak van de conflictueuze relatie is belangrijker dan de symptomatische behandeling.

Ook BLOEM/WOLFFERS (1979) stellen het vermijdingsgedrag centraal, terwijl SNITSLAAR (1982) op het chronisch karakter van dit functionele syndroom wijst en het tot de psychosomatische aandoeningen wil rekenen.

Hoewel de eerste hyperventilatie-aanval vaak door problemen van emotionele aard geluxeed wordt, waarbij volgens FOLGERING/COLLA (1980) opvallend vaak het verlies van een geliefd persoon of object een rol speelt, kunnen ook somatische factoren als pijn op de borst, een aanval in gang zetten.

3. Kenmerken van enkele psychische syndromen.

A. In het kader van dit onderzoek gaat de belangstelling vooral uit naar het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, dat als een lichte of atypische vorm van het exogene reactiesyndroom van Bonhoeffer moet worden beschouwd (SPOERRI, 1968). De bewustzijnsstoornissen zijn gering of treden pas in een later stadium op. Aan de hand van dit kernsymptoom, de lichte bewustzijnsdaling, kan dit "hypersyndroom" van andere reactievormen of nerveuze toestanden worden gedifferentieerd, waarbij vooral op aandachtsstoornissen moet worden gelet. Deze reactievorm treedt op bij of na acute en chronische lichamelijke ziekten, maar ook na psychische en lichamelijke overbelasting. Het kan ook als prodromaal syndroom optreden, vooral bij de vasculaire stoornissen in cerebro (BOELEN/ZWANIKKEN, 1967).

Door KRAUS werd reeds in 1955 in een klinische les op de grote betekenis van dit syndroom voor de huisarts gewezen, later ook door RUMKE (1960/1971) en KUIPER (1973). Vooral KRAFT (1972) heeft op het frequent optreden van dit syndroom bij overspanningstoestanden de aandacht gevestigd. Voor een beschrijving van de uitgebreide symptomatologie en de vele factoren, zowel van somatische als intra-psychische aard, die dit syndroom kunnen veroorzaken of luxeren wordt naar de bovengenoemde auteurs verwezen. STAM (1975) beschrijft dezelfde symptomatologie voor het neurastheen-hypochondrisch syndroom en wijst erop, dat men altijd naar depressiekenmerken moet zoeken.

B. In de literatuur wordt het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom soms ook wel het neurastheen syndroom genoemd, hetgeen tot verwarring aanleiding kan geven, daar er in feite drie psychische syndromen mee worden aangeduid. Bij de functionele syndromen werden reeds de bevindingen uit onderzoeken in de huisartspraktijk besproken (Kuijpers, 1966; VAN DER VELDEN, 1971; LAMBERTS, 1975), die de term "neurastheen syndroom" hanteren voor een syndroom, waarbij naast de trias "moeheid, hoofdpijn en duizeligheid" ook adynamie en apathie op de voorgrond staan. Het wordt door deze auteurs als een insufficiëntiesyndroom op een chronische lichamelijke en psychische belasting, of beide, beschouwd. Bij het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom treedt de bewustzijnsstoornis en de hyperreagibiliteit duidelijker op de voorgrond en het gehele beeld vertoont een acuter karakter.

In de psychiatrische literatuur komt men het "neurasthene symptomencomplex" tegen als een neurotische decompensatietoestand in het beloop van een duidelijk neurotische ontwikkelingsgang (KUIPER, 1967II) en als de "neurasthenie" bij een decompensatietoestand bij patiënten met een psychasthene karakterstructuur (VAN DANTZIG/WAAGE, 1982, NORREN, 1970). JONGERUS (1984) neemt aan dat de decompensatie een gevolg van een dreigend falen van het adaptatieproces is en dat de daardoor ontstane onzekerheid met angst de symptomatologie verklaart. Hierbij beschrijft hij een orgaan-gericht klachtencluster, een neurastheen en een depressief symptomencluster.

C. De "nervositas".

Dit in de praktijk dagelijks gehanteerde begrip heeft betrekking op enkele syndromen die uit praktisch oogpunt het beste als volgt omschreven kunnen worden:

1) De constitutionele nervositas.

Door RUMKE (1967, 1969) wordt er op gewezen, dat deze stoornis in de persoonlijkheidsstructuur ten onrechte uit de literatuur verdwijnt. Hij omschrijft het beeld als volgt: Het hoofdmerk van de psychische stoornis is de verhoogde reageerbaarheid, hyperemotionaliteit, die kan leiden tot een grote slagvaardigheid, maar eveneens tot een grote kwetsbaarheid en snellere vermoeibaarheid. Er is een verlangen naar afwisseling en verandering. Deze mensen zien men vaak op het spreekuur, omdat zij snel decompenseren op surmenage en lichte psychotraumata. Het gehele beeld komt veel overeen met het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom. Volgens KORTBEEK (1958) zijn deze mensen door de abnormale vulnerabiliteit overgevoelig voor de dagelijks op hen toekomende indrukken. Zij beleven deze dieper, sterker en gecompliceerder dan anderen dit doen. Ook KOLLE (1967) wijst erop, dat reeds geringe alledaagse zorgen en ergernissen de stemming beïnvloeden en vooral de cephalea het meest op de voorgrond treedt. Bij bedrijfsmoeilijkheden worden deze mensen dikwijls het eerst ontslagen hetgeen een psychische decompensatie tot gevolg heeft. Zij leven eigenlijk in een chronische spannings-toestand.

2) Daarnaast presenteert zich een groep patiënten die op lichte of nauwelijks aanwijsbare stresstoestanden psychisch decompenseren. Hier is meestal sprake van een bemoeilijkte stressverwerking door een tekortschieten van het probleemoplossend vermogen, dat vaak familiair wordt doorgegeven. De verhoogde emotionele aanspreekbaarheid en de angstige grondstemming kleuren het beeld en zijn tevens de oorzaak van de chroniciteit van deze spanningstoestand. In het klachtenpatroon staan gejaagdheid, rusteloosheid, ongeordend bezig zijn en vaak een tremor op de voorgrond.

3) Tenslotte wordt de nerveuze toestand als uitingsvorm van een lichte spanningstoestand op een frustrerende gebeurtenis in de werk- of gezinssituatie het frequentst gepresenteerd in de huisartspraktijk. Het continue piekeren over moeilijk te verwerken ervaringen beheerst het alledaags handelen, leidt tot slapeloosheid en lichte aandachtsstoornissen met een verhoogde emotionele labiliteit en reageerbaarheid, zonder dat van een hyperaesthetisch-emotioneel syndroom gesproken kan worden. Al naargelang de ernst van de beleving komen hier ook symptomen als rusteloosheid en ongeordend bezig zijn tot uiting. Door KRAFT (1972, 1975) wordt er bij herhaling op gewezen, dat het klachtenbeeld bij deze uitingsvormen van "overspannenheid" door de premorbide persoonlijkheidsstructuur gekleurd wordt en beloop en duur ervan bepalen.

4. Kenmerken van enkele psychische decompensatietoestanden.

Na de bespreking van enkele frequent voorkomende psychische syndromen komen de psychische decompensatietoestanden aan de orde. Hiermee wordt een aanduiding gegeven van de aard van de stresstoestand en de uitingsvorm van de stressverwerking. Naast de functionele en psychische symptomen en syndromen kunnen ook specifieke reactievormen worden gepresenteerd.

1) Tot de acuut optredende psychische decompensatietoestanden waarmee de huisarts wordt geconfronteerd behoren de volgende reactievormen:

- a. De crisissituaties tengevolge van actuele conflicten en problemen, die niet uit een ziekelijke toestand voortkomen, maar waarbij het individu in een crisis raakt door het tekort schieten van de aangeleerde technieken van verweer en aanpassing (WIERSMA/GIEL, FRANKENBERG, SCHIETHART, 1974). Een adequate crisisinterventie is de onmiddellijke hulpverlening (VAN DER LAAN-BOUWMAN, 1974).
- b. De abnormale psychogene reacties, waarbij de predispositie bepaalt is hoe de psychotraumatische belevingen worden verwerkt. Dit kan leiden tot acute kortsluitingsreacties (KORTBEEK, 1958; SPOERRI, 1968). Hiertoe behoren ook de reactieve opwinding, de explosieve reacties, de kortsluitingshandeling en de conversie reactie.
- c. De rouw- en separatieprocessen met de fasen van protest, wanhoop en loslaten (NEVEJAN, 1968). Ook met een lange latentieperiode binnen gezinsverband moet men soms rekening houden (HUYGEN, 1978, 1983).
- d. De stressverwerking na zeer traumatische ervaringen met een geweldaspect, waarbij het optreden van het stressresponsproces in 5 fasen door Horowitz is beschreven (KLEBER/BROM, 1982).

2) De subacuut optredende psychische decompensatietoestanden, waarvan voor de huisarts de overspanningstoestanden bijzonder belangrijk zijn, die door KRAFT (1972, 1975, 1982) uitvoerig zijn beschreven en welke men dient te onderscheiden van "overwerkt zijn", waarbij de emotionele factor minder op de voorgrond staat. De kwantitatieve belasting, zowel mentaal als lichamelijk bepaalt het beeld. Bij de overspanning gaat het om frustrerende situaties die tot onlustgevoelens aanleiding geven en waarbij de werkmotivatie en satisfactie van doorslaggevende betekenis zijn. De persoonlijkheidskenmerken, de levensfase en het probleemoplossend vermogen bepalen in sterke mate de uitingsvorm en het beloop. Voor de praktijk zijn de belangrijkste uitingsvormen van "overspanning": het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, het neurastheen syndroom, depressief gedrag en van de functionele syndromen ziet men vooral de spierspanningshoofdpijn, het hyperventilatie- en het gastro-intestinale syndroom. Het voorkomen van deze syndromen in het kader van de "overspanning" is overtuigend bevestigd door KESTELOO (1974) en MEENS (1981) in verband met een dreigende bedrijfssluiting. Aan de werkloosheidsbeleving en het ontstaan van psychische en functionele klachten heeft DEATER (1980) een beschouwing gewijd die de actualiteit van de hierboven beschreven vormen van ziektegedrag aantoont.

Een bijzonder, maar belangrijke vorm van "overspanning" is de manager-ziekte/syndroom (KRAFT, 1972; VIETOR, 1969) waarbij de chronische stress-situatie wordt veroorzaakt door een communicatiestoornis in de werksituatie met een meningsverschil waarvoor geen oplossing gevonden kan worden. De agressieve karakterstructuur en de sterke competitiebehoefte met de overige werknemers in het bedrijf is hierbij van essentiële betekenis (VIETOR, 1969). Door KRAFT (1972) worden de volgende stadia beschreven die een patiënt doorloopt:

- a. alarmfase met geïrriteerdheid, twijfel bij beslissingen nemen en vermoeidheid.
- b. hyperactieve fase, waarin men zich met te veel zaken gaat bemoeien.
- c. apathisch stadium, gepaard gaande met doffe berusting en twijfel aan eigen kunnen.

Kraft wijst erop, dat "managers" neigen tot het ontkennen van hun klachten en RUMKE (1971) waarschuwt voor het over het hoofd zien van een depressie.

Hierbij aansluitend moet de aandacht gevestigd worden op de vakantie als luxerende factor voor het optreden van deze psychische decompensatietoestanden (RUMKE, 1958^I; MEERLO, 1971). De confrontatie met de eigen innerlijke conflicten tijdens dagen dat men niet in de tred van het werk zit ligt hieraan ten grondslag.

- 3) Tot de langzaam insluipende en chronische psychische decompensatietoestanden kunnen gerekend worden:
 - a. De conflictreacties waarbij de tegenstrijdige motivaties bij de doelstelling van de patiënt tot het ontstaan van een stress-toestand predisponeren (BRAUTIGAM, 1969). In de praktijk wordt men dagelijks geconfronteerd met de eenvoudige situatieve conflictreacties waarvan de klachten verdwijnen bij de oplossing van het conflict. Chronische conflictreacties kunnen tot uitputtingstoestanden leiden. Bij studenten treft men tengevolge van ambivalente studiemotieven soortgelijke reactievormen aan.
 - b. Steeds meer ziet men chronische spanningstoestanden waarbij onvrede met de huidige maatschappij en de veranderingsprocessen in de gemeenschap, alsmede het wegvallen van (geloofs)zekerheden (vooral bij ouderen) een chronische psychische decompensatietoestand kunnen veroorzaken. De door velen ervaren zinloosheid van het bestaan, geeft een gevoel van innerlijke leegte, dat door FRANKL (1972) wordt beschreven als het "existentiële vacuüm", dat steeds meer wordt aangetroffen bij mensen zonder enig toekomstperspectief na uitschakeling uit het arbeidsproces.
 - c. Een niet zo zeldzaam optredende psychische decompensatietoestand als algemeen wordt aangenomen is het existentieel-emotioneel stress-syndroom (HUSTINX, 1973), dat meer bekendheid geniet onder de naam "post-concentratiekamp syndroom" (BASTIAANS, 1957; COHEN, 1972; MUSAPH, 1978). Het kan na iedere langdurende levensbedreigende omstandigheid optreden. Door psychiaters wordt dit syndroom steeds vaker gehanteerd. Belangrijk is, dat al naargelang de ervaringen in de kamperperiode en de gehanteerde afweermechanismen in de confrontatie met de realiteit (VAN RAVENSTEIJN, 1976) een zeer lange latente periode kan bestaan. Dit kan veel later tot psychisch dysfunctioneren aanleiding geven.

- 4) Eveneens belangrijk voor de huisarts zijn de psychische decompensatietoestanden na het manifest worden van een levensbedreigende aandoening.

Hiertoe kan men rekenen de patiënt waarbij kanker wordt vastgesteld (KUBLER'ROSS, 1969, GROEN/VAN DER VALK, 1955; VAN DAM, 1974; PRUYn, 1982; STAPS, 1983), de hartinfarctpatiënt (KITS VAN HEYNINGEN, 1969 en ROOIJMANS, 1979, 1982), de ouders van ernstig gehandicapte kinderen, die allen in feite dezelfde beleving te verwerken krijgen, namelijk de ineensstorting van hun toekomstverwachtingen, ontgoocheling, ontmoediging en wanhoop.

Aan de problematiek van de chronische patiënt zijn artikelen gewijd door HUYGEN (1964, 1970), MICHELS (1968 I - II), VAN ES (1959), KEIRSE (1978) en aan psychosociaal lijden t.g.v. lichamelijke deformaties door VAN DE LANDE/LICHTVELD (1972). Velen van deze patiënten maken in meer of mindere mate een psychodynamisch proces door, dat te vergelijken is met het rouwproces en door KUBLER'ROSS (1969) als volgt beschreven:

a. ontkenning en isolering; b. woede met opwinding en agressie; c. marchanderen; d. depressie met wanhoop en protest en e. aanvaarding met hoop. Ook de partner, familieleden en sleutelfiguren ondergaan dit proces en moeten bij de begeleiding van de patiënt worden betrokken. Iedere ziekte brengt zijn eigen problematiek mee bij de stressverwerking door de patiënt en zijn omgeving.

2.31 Bespreking van de kenmerken van psychiatrische toestandsbeelden in de huisartspraktijk.

2.310 Begripsomschrijving.

Onder psychiatrische ziekten dient men volgens KUIPER (1967^I) die ziektebeelden te verstaan: "die als een syndroom vast omschreven zijn en waarbij het complex van factoren, dat het syndroom heeft doen ontstaan, geanalyseerd kan worden".

Met "psychische stoornissen of toestandsbeelden" worden de "als acute syndromen omschreven verschijningsvormen bedoeld, waarbij geen uitspraak in diagnostische zin kan worden gedaan" (SILBERMANN, 1970). Voor de huisarts zijn het depressief syndroom en het neurotisch gedrag de belangrijkste psychiatrische ziektebeelden, zowel wat voorkomen als begeleiding betreft.

2.311 Enkele belangrijke kenmerken van psychiatrische toestandsbeelden.

- A. Met de schizofrene patiënt komt de huisarts meestal in de puberteit in contact door de optredende relatiestoornissen, opstandigheid, interesseverlies en isolering. Kennis van de premorbide persoonlijkheid (CLARK, 1965; VAN DEN BERG, 1970^I; RUMKE, 1971; SCHULTE/TOLLE, 1971) en de chaos in het bestaan en het verhaal van de patiënt (VAN DEN HOUT, 1979) brengen de huisarts op het goede spoor.

De door RUMKE (1948) beschreven vlakheid in het affectief contact bij helder bewustzijn leidt tot een vreemde gewaarwording die hij het "praecoxgevoel" noemde. De kenmerkende levensloop van de schizofreen (KOLLE, 1967; BICKFORD, 1973; VAN DEN HOUT, 1979; RUMKE, 1979) met de vaak opvallende knik in de levenslijn, de frequente wisselingen van baan zonder reden en de carrièrebreuk zijn eveneens belangrijke aanwijzingen. Alcohol- en drugverslaving versluieren het beeld (LEFF, 1981). Bijzonder belangrijk voor de huisarts zijn de zogenaamde "borderline cases", ook wel aangeduid als "borderline state", patiënten die vaak bij de huisarts blijven hangen, omdat zij zich aan de specialistische behandeling onttrekken (ESSER, 1967). De contrasten in het gedrag, de negatieve kritiek en het zich niet houden aan de voorschriften werken irriterend op arts en omgeving (SCHMIDEBERG, 1969). De huisarts kan deze mensen alleen belangstellend tegemoet treden en vooral geen contact opdringen, daar dit door deze mensen absoluut afgeweerd wordt (ESSER, 1967). Ook aan het gezin van de patiënt moet grote aandacht worden besteed, gezien er aan de gezinsinteracties grote betekenis moet worden toegekend (MITCHELL, 1971).

- B. De groep personen met een gestoorde karakterontwikkeling, resulterend in een karakterafwijking, vormen eerder een maatschappelijk dan een geneeskundig probleem. Deze groep patiënten wordt ingedeeld in de categorie "onaangepast gedrag", een in de huidige maatschappij zeer omstreden begrip. Reeds in 1932 werd door SCHNEIDER (1971) een indeling beschreven, later door JENSEN (1978) meer op de praktijk gericht. ZELDENRUST (1966) onderscheidt een aantal vormen van onaangepastheid, die eerder tot normaliteit dan tot ziekte gerekend moeten worden, waarmee de huisarts vaak geconfronteerd wordt. De overwegingen van MIK (1960) rond het "nozem-verschijnsel" zijn nog steeds actueel voor een beoordeling van de jongeren die verkeren in zogenaamde subgroepen van de maatschappij. Met beide laatste studies is het mogelijk te differentiëren van de gedragsstoornissen door psychopatisch gestoorde, waarvan BAKKER (1980) enkele kenmerken noemt die van praktische betekenis zijn, namelijk: wantrouwen t.o.v. anderen, het leiden van een grillig bestaan, neiging tot affectieve uitbarstingen en vooral het alloplastisch reageren, d.w.z. nooit de schuld bij zichzelf maar altijd bij anderen leggen.
- C. Van de organische psychosyndromen zijn voor de praktijk de acuut optredende syndromen tengevolge van bewustzijnsstoornissen het belangrijkste (SPOERRI, 1968). Deze zijn in het voorgenomen onderzoek gerubriceerd volgens het CHAM-systeem (SILBERMANN, 1971) en door KUIPER (1973) uitvoerig beschreven. Het belangrijke en frequent voorkomende hyperaesthetisch-emotioneel syndroom is in paragraaf 2.31 besproken. Van de chronische organische psychosyndromen is voor de huisarts het "insufficiëntie syndroom" optredend bij de arterio-sclerosis cerebri met het kenmerkende intermitterend beloop het belangrijkste (BOELEN/ZWANIKKEN, 1967; RUMKE, 1971). Met het "dementie-syndroom" en zijn verschillende uitingsvormen (BAKKER, 1980) wordt de huisarts minder frequent geconfronteerd.

D. Het afhankelijkheids- en verslavingsgedrag is zowel medisch als maatschappelijk een probleem van dermate grote omvang, dat hier slechts op enkele kenmerken wordt gewezen. Uit het themanummer van Huisarts & Wetenschap over "alcohol" (KUIL, ROOS, NOOTER/VAN DER ENT BRAAT, 1976) en uit de artikelen van VAN DIJK (1979^I, uitvoeriger 1979^{II}), die de aandacht vestigt op het "miskende beeld van de alcoholist" komen de volgende belangrijke feiten naar voren:

1. Verslaafden melden zich zelden spontaan, ontkennen vaak het overmatige alcoholgebruik en worden door de gezinsleden vaak in bescherming genomen ten opzichte van de buitenwereld.
2. Opmerkelijk is de onbekendheid van de huisarts met het alcoholmisbruik van zijn patiënten, hetgeen recent nog eens bevestigd werd door ERCKENS en VASTBINDER (1984).
3. Tot de mogelijke signalen die de huisarts moet onderkennen om verslaafden op het spoor te komen behoren: een verhoogde contactfrequentie met de patiënt, gezinsleden of sleutelfiguren in verband met psychische stoornissen, somatische aandoeningen of ongevallen.
4. De gezinsproblematiek, een belastende familie-anamnese, alsmede risicofactoren in de werkkruis zijn alle belangrijke aanwijzingen (HORE & WILKENS, 1976).

In enkele op de behandeling van alcoholisme in de huisartspraktijk gerichte artikelen worden deze feiten bevestigd (PARRY, 1970; ACKE, 1976).

Naar aanleiding van het druggebruik is de enquête onder 221 huisartsen, beschreven door TIELENS, (1972) interessant en die van de Stichting voor Alcohol- en Drugsonderzoek (1973) onder 487 huisartsen in 1971. Vooral het omgaan met de jongere druggebruikers is belangrijk voor de huisarts. Daarover hebben POLS (1971) en MIK (1971) een artikel gepubliceerd.

Globaal kan men stellen, dat een huisarts ten aanzien van het druggebruik in dezelfde positie verkeert als bij de alcoholproblematiek. Signaleren, het realiseren van een verwijzing naar deskundige hulpverleners en behandeling van acute complicaties behoren tot zijn taak.

Ook bij het psychofarmacagebruik wordt afhankelijkheids- en verslavingsbedrag herhaaldelijk aangetroffen. Inzicht in de werking, de indicatie, de gevaren en beperkingen van psychofarmaca geven de artikelen van WESSELING (1977), REGENSBURG (1961) VAN PRAAG (1968, 1979), HOES (1980).

Een belangrijke analyse over het gebruik van psychofarmaca in huisartspraktijken en dus mede over het voorschrijfgedrag van huisartsen werd verricht en beschreven door PARISH (1971) in het Supplement nr. 4 Vol. 21 van de J. Roy. Coll. Gen. Practit. Onderzoek over psychofarmacagebruik in Nederland werd gepubliceerd door het Project Continue Morbiditeits Registratie Peilstations (1974), ORMEL (1975), BOUMA e.a. (1975), BAZUIN/MULDER (1980), POST (1982) en DE WAAL (1980).

Voornamelijk op de praktijk gerichte artikelen vindt men in het Geneesmiddelenbulletin en wel over slaapmiddelen (1972 Jg. 6 nr. 2); slapen met of zonder farmaca (1976 Jg. 10, nr.11-12); Benzodiazepinen bij angst, spanning en slaapstoornissen (1982 Jg. 16 nr. 15) en het artikel "kalm of onaangedaan" (1975 Jg. 9 nr. 3).

Ook het themanummer van "Metamedica" over "psychische spanning" (KORTBEEK, BRUINVELS, KOCKEN/NOYONS, 1975) en het artikel van NIJDAM (1967) over het "Juist en onjuist gebruik van psychofarmaca" geven een duidelijk beeld van de dreigende gevaren bij het voorschrijven van psychofarmaca waarvan de arts zich terdege bewust moet zijn.

Samenvattend kan men stellen, dat de huisarts voornamelijk met ataractica werkt en daarmee een adequaat middel in handen heeft om bij psychisch normale mensen met angst en spannings-toestanden de tijdelijke verstoring van het emotionele evenwicht te herstellen. Het ongeordend gedrag neemt af en de patiënt neemt affectief meer afstand van de situatie, terwijl eventueel opkomende schuldgevoelens beter worden verwerkt. Door de verminderde angst kan de patiënt de problematiek rustiger en relativerender bespreken. Voorwaarde is echter, dat de huisarts de premorbide persoonlijkheid van de patiënt goed beoordeelt en vooral de verslavingsneiging juist taxeert.

- E. Sporadisch wordt de huisarts geconfronteerd met de ernstige psychische desintegratietoestanden die aanleiding geven tot psychotisch gedrag, waarbij de patiënt gewoonlijk niet aanspreekbaar is of een zinvol gesprek niet gevoerd kan worden. Angst en gespannenheid staan op de voorgrond, soms treedt paniek op en komt het gehele gedrag de omgeving voor als onbegrijpelijk. De diverse psychosen hebben allen hun eigen kenmerkende symptomatologie. De exogene psychosen lijken te verdwijnen en de psychogene psychosen ziet men zelden en dan nog voornamelijk in de puberteit en adolescentie of in de involutieperioden. Een acuut optredende reactieve psychose op een onverwachte en heftige levensgebeurtenis met sterk emotionele component levert geen diagnostische moeilijkheden op. De endogene psychose met overwegend fasisch beloop wordt in par. 2.313 besproken. Van de endogene psychosen met een progressief beloop is de schizofrenie de belangrijkste.

2.312 Uitingsvormen van neurotische toestandsbeelden.

Het bijzonder omvangrijke en gecompliceerde neurosevraagstuk behoort tot het terrein van de psychiatrische, psychologische en cultureel-anthropologische disciplines. De belangrijkste taak van de huisarts in de dagelijkse praktijk is het herkennen van het neurotisch gedrag, dat op velerlei wijze gepresenteerd kan worden. Hierin komen de kenmerken van een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling tot uiting, die steeds te verklaren zijn en bepaald worden door de gehanteerde afweermechanismen. Bij de confrontatie met psychische decompensatietoestanden die na verloop van tijd bij aanpassingsstoornissen op grond van neurotisch dysfunctioneren kunnen optreden, zijn de volgende uitingsvormen voor de huisarts het belangrijkste:

1. de functionele klachten of scale van klachten en de functionele syndromen, met vaak syndroomverschuiving; in combinatie met neurotische kenmerken.

2. De neurotische depressies met gewoonlijk de kenmerken van een personale depressie, doch het vitaliseren tot een vitaal-depressief syndroom is niet uitgesloten.
3. Door zijn kennis van de gezinsproblematiek, de voorgeschiedenis en werksituatie van de patiënt is de huisarts in staat zich een beeld van de neurotische relatievorming en het neurotisch manoeuvreren van zijn patiënt te vormen.
4. Een neurastheen toestandsbeeld, dat onderscheiden dient te worden van de symptomatosche vorm, die bij de syndromale syndromen is besproken. Naast het neurasthene symptomencomplex, dat men ook bij het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom aantreft met de snelle vermoeibaarheid, concentratiezwakte en hyperreagibiliteit, staan de angstgevoelens met faalangst en de machteloosheid centraal. Opvallend is de chroniciteit van dit beeld. De neurasthenie als een decompensatievorm van de psychasthenie vertoont hiermee veel overeenkomst.
5. Van de neurotische symptomen ziet de huisarts het vaakst de diffuse angsttoestanden, continue of in aanvallen optredend; de fobieën (angstgebonden aan situaties met vermijdingsgedrag of op organen gericht) en de dwanggedachten of voorstellingen eventueel vergezeld van of gevolgd door dwanghandelingen. Verder psychische symptomen die vooral door jeugdigen gepresenteerd worden, zoals nagelbijten, enuresis, etc. De vaak besproken conversieverschijnselen ziet men sporadisch in de praktijk.
6. De neurotische patiënt komt op het spreekuur vaak over als de met alles ontevreden patiënt, die nergens blij mee is te maken en slechts een moeilijk tot conflictueus contact met burens, familie en medewerkers kan onderhouden, weinig behoefte aan sociale contacten heeft, maar zich wel gedrongen voelt om op de voorgrond te treden.

Voor een verklaring van het ontstaan van deze uitingsvormen op grond van neurotische psychodynamismen wordt verwezen naar de studies van KUIPER (1955, 1965, 1967^{II}), VAN DANTZIG/WAAGE (1962), VAN PRAAG (1974), MUSAPH (1974), NORREN (1970), GOUDSMIT (1971), HORNEY (1966), SYLPH e.a. (1962).

2.313 Kenmerken en uitingsvormen van depressieve toestandsbeelden.

Uit de vele publicaties over het depressieverschijnsel in de huisartspraktijk en de psychiatrie komt duidelijk de controverse in de opvattingen en de aanpak van deze frequent gepresenteerde aandoening tot uiting. Sommige auteurs vragen zich af, in hoeverre er nog van een "ziekte" gesproken kan en moet worden, waarbij SANDISON (1972) zover gaat te beweren, dat ieder mens ontstemmingstoestanden doormaakt. Doch WOODRUFF e.a. (1975) hebben hiernaar een onderzoek ingesteld bij 900 verwanten van op een psychiatrische afdeling opgenomen patiënten, waarbij bleek, dat slechts 14% van deze geselecteerde populatie perioden van dysforie hadden doorgemaakt. De toenemende tendens om "depressies" niet als een ziekte-toestand, maar als een reactief "gedragsspatroon" te beschouwen (SIGLING, 1981) heeft vergaande consequenties voor de behandeling van deze patiënten in het eerste echelon.

De aandacht zal zich niet alleen moeten richten op de patiënt en het gepresenteerde beeld, maar tevens op de omgeving, waarbij gezins- en werksituatie van doorslaggevende betekenis moet worden geacht. De interacties tussen patiënt en gezinsleden bepalen in grote mate welke houding eerstgenoemde zal gaan aannemen, hetgeen het verdere gedragpatroon zal beïnvloeden, (SIGLING & VAN TILBURG, 1981; STAM, 1975/1976).

Op grond van de literatuurverkenning over de depressieproblematiek in de psychiatrie (RUMKE, 1948; COHEN STUART, 1960; KIELHOLZ, 1966; NIJDAM, 1966; VAN PRAAG, 1966; KUIPER P.C., 1967^{I-II}, 1974; SILBERMANN, 1970; HORDERN, 1965; ANSOMS, 1976; GIEL, 1974; ROOIJMANS, 1974; KIELHOLZ/POLDINGER, 1964; STAM, 1975/76; VAN DIJK, 1974; PIERLOOT/VRANCKE, 1976; HOES, 1984) en de gepubliceerde gegevens vanuit de huisartspraktijk (WATTS, 1956, 1957, 1962 en 1966; KUIPERS, 1966; POLLITT, 1978; DUNBAR-MILLER, 1973; NIJDAM e.a., 1978; VAN DER VELDEN, 1978 en 1981; SIGLING/VAN TILBURG, 1981; JENNER, 1981; FRANKENBERG, 1974) kan het volgende beeld over het gepresenteerde depressieve gedrag in de huisartspraktijk worden geschetst. Van de beschreven syndromale typeringen zijn voor de huisarts het belangrijkste:

- a. de twee hoofdverschijningsvormen van depressietoestanden, namelijk het geremde en het geagiteerde depressiesyndroom, waarbij de angst het beeld van beide uitingsvormen kan kleuren en de depressie in verschillende gradaties tot uiting kan komen.
- b. Een in de psychiatrie vaak gehanteerde onderscheiding in personale en vitale depressies heeft ook voor de huisartsgeneeskunde belangrijke consequenties, zowel ten aanzien van de diagnostiek als het therapeutisch handelen. Bij de personale depressie (VAN PRAAG, 1966) gaat het om een invoelbare ontstemming en de patiënt beleeft zijn depressie in samenhang met een bepaalde levensgebeurtenis. Hierbij worden frequent functionele klachten gepresenteerd.

De vitale depressie speelt zich af in de "laag" der vitale gevoelens en het gevoel van begrijpelijkheid ontbreekt (VAN PRAAG, 1962/1966). Het vitale-depressief syndroom is zeer karakteristiek en vertoont grote overeenkomst met het geremd-apathisch-depressief syndroom met als opvallende symptomen:

1. De ontstemming wordt als zinloos ervaren, men heeft gevoelens van onlust en onbehagen zonder direct bedroefd of neerslachtig te zijn.
2. De remming van de psychomotoriek merkt men aan verlangzaming van het tempo, het uitblijven van initiatief en het optreden van een twijfelzucht.
3. Karakteristiek is het optreden van stoornissen in de tijdsbeleving en spontane dagschommelingen, alsmede een verminderde emotionele ontvankelijkheid voor affectief beladen prikkels (ook wel Hypaesthesie genoemd).
4. De trias: verminderde eetlust, gestoorde slaap en vermoeidheid is ook in lichte gevallen aan te tonen, terwijl ook aan sexuele stoornissen gedacht moet worden.

De herkenning van dit syndroom is zo belangrijk, omdat het volgens van Praag een ernstige indicatie is voor het voorschrijven van antidepressiva.

Indien het zich niet volledig manifesteert spreekt men van een depressie met vitale kenmerken, waarbij minstens sprake moet zijn van een daling van het stemmingsniveau, hypaesthesie, slaapstoornissen en anorexie (VAN PRAAG, 1976). Neurotische depressies vertonen gewoonlijk de kenmerken van een personale depressie, doch vitaliseren tot een vitaal-depressief syndroom is niet uitgesloten. Belangrijk voor de huisartspraktijk is het ontstaan van vitale depressies na lichamelijke aandoeningen, vooral virale infecties. Men spreekt dan van een lange reconvalescentieperiode, doch vaak betreft het een hyperaesthetisch-emotioneel syndroom of een niet onderkende vitale depressie in de vorm van een neurastheen-hypochondrisch syndroom. Steeds moet men bedenken, dat patiënten die op toediening van antidepressiva met devitalisering reageren, kunnen verbeteren na staken van de therapie (STAM). Ook slaapmiddelen kunnen het beeld vertekenen (DE WAAL, 1980) en een pseudo-depressie oproepen, waarbij de klachten gemakkelijk leiden tot de diagnose (gemaskeerde) depressie. Vooral indien het oorspronkelijk probleem of conflict reeds verdwenen is. Een in het arts-patiënt-contact niet direct tot uiting komend symptoom, dat het depressiebeeld kan vertekenen is de angst, die zich vooral in de mimiek en vegetatieve symptomen manifesteert en welke ook met psychische remming gepaard kan gaan (GASTPAR, 1976; MAYER-GROSS, 1954; WILLIAMS, 1982).

- c. Indien de dysfore stemming bij een chronisch klaaggedrag van de patiënt niet tot uiting komt, doch er wel een periodiciteit in de ernst van de klachten of de presentatie ervan met syndroomverschuiving duidelijk wordt, moet met een gemaskeerde depressie rekening worden gehouden (ROOJMANS, 1974/1975; HOLE, 1972; STAM, 1975/1976; LOPEZ IBOR, 1972). Door vele auteurs wordt dit syndroom als een uitingsvorm van een endogene depressie beschouwd (KIELHOLZ e.a., 1973; GLATZEL, 1973; MODESTIN, 1975), waarbij de lichamelijke klachten de functie van depressie-aequivalenten vervullen (STAM, 1974). ROOJMANS (1974) meent, dat het vooral vitale depressies betreft. Door SERRY/SERRY (1969) en SILBERT (1968) is vanuit de huisartspraktijksituatie aandacht aan deze problematiek besteed.
- d. Wanneer men de depressie als een vorm van reactief gedrag beschouwt, gaat men er van uit, dat de relatiestoornis met de omgeving het probleem is (SIGLING/VAN TILBURG, 1981). Het in aanleg reeds vroeg ontwikkelde gedragspatroon om op frustrerende ervaringen met hulpeloosheid te reageren wordt als het essentiële van het depressieve gedrag gezien (SIGLING, 1981). Isolering en contactverlies leiden tot wanhoop en door het ontbreken van ieder eigen initiatief om contact te zoeken ontstaat er een circulus vitiosus met toenemende gedragsstoornissen. Door BECK e.a. (1979) is het model van de cognitieve trias van depressiekenmerken ontwikkeld. Hierbij gaan zij er van uit, dat niet de gemoedsgesteldheid essentieel is, maar hoe de patiënt de situatie beoordeelt waarin hij verkeert en hoe hij de interactie met zijn omgeving op zichzelf betreft. Het negatieve zelfbeeld en het negatieve oordeel over de actuele levenssituatie alsmede het ontbreken van ieder toekomstperspectief beheersen de denkwereld van de patiënt en daarmee het gehele gedragspatroon.

De door hen ontwikkelde cognitieve therapie poogt inzicht in en verandering van dit negatieve denkproces te bereiken. De therapeut helpt de patiënt de problemen realistischer te beoordelen en op een meer aangepaste wijze te hanteren waardoor zijn gedrag in positieve zin wordt beïnvloed.

Naast deze syndromale classificatie is een indeling naar ontstaanswijze in de praktijk onmisbaar, zowel ten aanzien van de diagnostiek, de behandelingsstrategie en de prognosestelling.

In de dagelijkse praktijk kan men met de volgende differentiatie van psychische decompensatietoestanden, waarbij depressiviteit in meer of mindere mate aanwezig is, volstaan:

1. Psychisch dysfunctioneren, waarbij de depressiviteit het gehele beeld beheerst en de somatische component van doorslaggevende betekenis is (verstoring van het mono-amine metabolisme), waartoe de endogene depressievormen met vitale kenmerken behoren. Algemeen wordt hierbij in de depressieliteratuur onderscheid gemaakt tussen een unipolaire vorm, waarbij recidiverende vitale depressies optreden en een bipolaire vorm, waarbij in de loop van het leven ook (hypo)manische fasen voorkomen.
2. Psychische decompensatietoestanden en afwijkende gedragspatronen, waarbij secundair kort of langer durende ontstemingstoestanden optreden. Dit kunnen reactiepatronen op levensgebeurtenissen of op somatische aandoeningen zijn. Maar ook karakteroegen bepaalde factoren en intrapsychische factoren kunnen van doorslaggevende betekenis zijn bij het optredende depressieve reactiepatroon.

Wanneer men bij de diagnostiek en de behandelingsstrategie zowel de ontstaanswijze als de uitingsvorm van het depressieve toestandsbeeld in de beoordeling betreft, heeft de huisarts een uitstekend uitgangspunt om de depressieproblematiek te hanteren. Voor de dagelijkse praktijk is deze indeling praktischer dan de 5 assige DSM III classificatie (HOES, 1984).

2.32 De betekenis van gezinsinvloeden bij de presentatie van psychische morbiditeit in de huisartspraktijk.

Diverse recente onderzoeken hebben aangetoond, dat de invloed van het gezin op de presentatie van klachten en het doormaken van ziekten groot is en van vele factoren afhankelijk. Door HUYGEN (1964, 1970) is hieraan een literatuurbespreking gewijd. Onze belangstelling gaat vooral uit naar de doorgeefpatronen binnen gezins- en familieverband en naar de gezinsinteractiepatronen. Ook de samenhang met de somatiseringseigenheid en de verwerking van psycho-sociale druk zijn van betekenis. De belangrijkste bevindingen in het kader van dit onderzoek kunnen als volgt worden samengevat.

Dat er een zekere consistentie en gezinsmatigheid bij het presenteren van klachten en aandoeningen kon worden aangetoond, evenals een clustering van aandoeningen, is een gegeven waarmee ook bij de presentatie van psychische morbiditeit rekening gehouden moet worden (HEYDENDAEL e.a., 1972; MERTENS e.a., 1973; HUYGEN, 1978^I).

Deze tendens om ziektegedrag door te geven is afhankelijk van de neurotische kenmerken van de ouders. Vooral de neurotische dispositie van de moeder is van grote invloed op klaaggedrag van de andere gezinsleden (RYLE, 1967; SMITS, 1978^I; MOLL van CHARANTE, 1980). De hoogste percentages bij de presentatie van psychische morbiditeit werden bij moeders in jongere gezinnen aangetroffen (HUYGEN, 1977^I).

Opmerkelijk is de bevinding, dat de "affectiviteit" als gezinskenmerk, de gezinssfeer, door kinderen van grotere betekenis voor het beleven van jeugdervaringen wordt geacht dan het goed functioneren van het gezin in zijn totaliteit (EMANUAL-VINK, 1977). Vooral BRENNKMAN (1963) heeft gewezen op het goed functioneren van het gezin als groep en het aangaan als groep van maatschappelijke relaties.

Wanneer men de psycho-sociale druk op het gezin nader beschouwt, (DE VRIES, 1973), blijkt dat niet de "probleemdruk" of de "stress" zelf het belangrijkste is, doch de subjectieve beleving ervan door het gezin als geheel of door de afzonderlijke gezinsleden (JANSEN-EMMER, 1958; VAN ES, 1967). De jeugdervaringen van de ouders zijn van doorslaggevende betekenis ten aanzien van het "probleemoplossend vermogen" binnen gezinsverband (JANSEN-EMMER, 1958).

Uit recente onderzoeken is duidelijk geworden, dat de gezinsinteractiepatronen voor de opvang en verwerking van frustrerende levensgebeurtenissen bij de gezinsleden van grote betekenis zijn, waarbij vooral het probleemoplossend vermogen het klachtenpatroon bepaald (VAN EIJK, 1979). De effectiviteit hiervan is afhankelijk van de neurotische labiliteit van de ouders, de flexibiliteit van de ouderrelaties en de huwelijksintegratie. Natuurlijk is de affectieve en functionele relatie van de moeder met de kinderen van grote betekenis.

Wat men niet direct zou verwachten is het feit, dat "conflictvermijding" bij de ouders en de gezinsleden een ongunstige invloed heeft op het ziektegedrag (SMITS, 1978^I). De hulpverlener zal adequaat moeten reageren op signalen van een gestoorde gezinsinteractie, zoals een verhoogde presentatie van psychische morbiditeit, maar ook andere aandoeningen en ongevallen gedurende een langere periode bij meerdere gezinsleden. Ook behoren hiertoe de presentatie van de "alternerende" symptoomdrager, het vooruitschuiven van een "zondebokfiguur" en het optreden van het "child as a presenting symptom" (SMITS, 1973).

Door gezinsonderzoek kon worden aangetoond, dat de "somatiseringsgeneigdheid" als een gezinskenmerk moet worden beschouwd, dat binnen gezins- en familieverband wordt doorgegeven (HUYGEN, 1978^I; VAN EIJK, 1979^{I-II}). Een even belangrijk gegeven is de constatering, dat gezinsleden van bepaalde gezinnen en families al hun spanningen vertalen in nerveus-functionele klachten.

De gezinsinvloeden zijn van essentiële betekenis bij de diagnostiek, behandeling en preventie van de neurotische ontwikkelingen bij de gezinsleden. Algemeen wordt aanvaard, dat de moeder-kind en ouder-kind relatie en een gestoorde huwelijksrelatie door de intrapsychische conflicten van de ouders predisponerende factoren voor het ontstaan en het zich ontwikkelen van neurotische stoornissen van het kind zijn. Daarom wordt het gezin centraal geplaatst in de neuroseproblematiek en zal behandeling en preventie vanuit het gezin moeten plaatsvinden. De belangrijkste taak van de huisarts daarbij is het signaleren van neurotisch gedrag van de gezinsleden of van de ontwikkeling van een gezinsneurose.

De brugfunctie van de moeder bij gestoorde gezinsinteracties komt vaak tot uiting in een toenemende arts-patiënt-contactfrequentie, waarbij het kind als "presenting symptom" de aandacht van de huisarts op de hierachter schuilgaande problematiek van de moeder en vaak die van het gezin moet richten. Dit geldt eveneens voor de presentatie van een "zondebokfiguur" of het "lastige kind". Eveneens zal de huisarts er op bedacht moeten zijn in hoeverre hij met een risicogezin te maken heeft, waarvan HUYGEN (1975) de volgende indeling geeft:

1. Het "sociaal zwakke gezin" met veel problemen, ongevallen; soms speelt alcohol een rol.
2. Het "onvollgde gezin" met mogelijk nog verwerking van een separatieproces.
3. Het "dysharmonische gezin" met huwelijksproblematiek, vaak berustend op een neurotische partnerkeuze.
4. Het "aardige neurotische gezin" waarbij het gevaar dreigt, dat er bij de kinderen pas in een late fase van de ontwikkeling neurotisch gedrag tot uiting komt.
5. Het "lastige neurotische gezin" waarbij verwijzing tot somatisering en verschuiving van de symptoomdrager aanleiding kan geven.
6. Het "gezin dat nooit ziek is" kan ernstige problematiek verbergen.
7. In het "gezin met een chronisch zieke" kan door rolverschuiving een stoornis in de gezinsinteracties ontstaan.

Men kan twee neurotische gezinstypen onderscheiden (RICHTER, 1970):

1. Symptoomneurosen van het gezin, waarbij een gezinslid (of meer) in de ziekerol wordt gedrukt: het gezinslid dat onder de druk van het gezin decompenseert wordt "symptoomdrager". Daarmee wordt de spanning in het gezin gereduceerd en degene die de neurotische relatie induceerde functioneert vaak weer normaal. Er kunnen ook uitstotings- of isolatie-processen op gang komen. Een tijdig inschakelen van een gezinstherapeut is hier de taak van de huisarts.
2. Ernstige neurotische conflictsituaties kunnen leiden tot een gezinsneurose, waarbij de overige gezinsleden zich met de symptoomdrager gaan identificeren en ook verschuiving van symptoomdrager kan optreden door onjuiste behandeling of verwijzing van een gezinslid. Juist deze ernstige neurotische gezinsrelaties blijven voor de buitenwereld lang verborgen. Dit geldt eveneens voor de uitingen daarvan: schoolfobie, "battered child syndrome", symbiotische relaties en het in de huisartspraktijk zeer vaak miskende beeld van het alcoholisme. Op deze miskende syndromen is de aandacht gevestigd door: VAN KREVELEN (1967), CROUGHS (1970), MEERLO (1969), DROGENDIJK (1971), NOOTER/VAN DER ENT BRAAK (1976), VAN DIJK (1970).
De overdracht van neurotische gezinsrelaties is van doorslaggevende betekenis bij de preventie van de neurose en de neurotische partnerkeuze versterkt nog eens de overdracht van geslacht op geslacht (FRIJLING-SCHREUDER, 1965, 1970; MUSAPH, 1970, 1978; HIDDEMA, 1974; HUYGEN, 1962, 1978^I, MERTENS e.a., 1973; MITCHELL, 1971). Ook kunnen vele culturele en maatschappelijke factoren van deze tijd als neurotiserend bestempeld worden (VAN DEN BERGH, 1966), doch uit de diverse studies blijkt duidelijk, dat men het gezin als de bakermat van het neurotisch gedrag mag noemen en de neurose een gezinsziekte (HUYGEN, 1968).

De behandeling en preventie zal dan ook gezinsmatig aangepakt moeten worden (KUIPER, 1965; HUYGEN, 1962, 1976; SMITS, 1976, 1978, 1980; SMITS/HUYGEN, 1976).

Uit dit literatuuronderzoek komen een aantal gedragspatronen naar voren die zo sterk door gezinsinteracties en relaties worden bepaald, zowel in de ontstaansmogelijkheid als in het beloop, dat deze als gezinssyndromen zouden kunnen worden gekenschetst.

1. Het neurotisch gedrag (of syndroom) dat door de manifeste doorgeefpatronen van neurotisch ageren, reageren en manoeuvreren van de gezinsleden wordt onderhouden of versterkt. Dit maakt de neurose tot een echte gezinsziekte (HUYGEN, 1978^I; MERTENS e.a., 1973).
2. Het "neurastheensyndroom" waarvan het voorkomen, vooral bij huisvrouwen al of niet buitenshuis werkend, duidelijk samenhangend met de gezinssituatie kon worden aangetoond (KUIPERS, 1966; HARE/SHAW, 1965; VAN DER VELDEN, 1971).
3. Het verslavingsgedrag, dat binnen gezinsverband lang verborgen kan blijven en aanleiding kan geven tot een verhoogde presentatie van ziekten, ongevallen en nerveus-functionele klachten (HUYGEN, 1978; WERKMAN, 1976).
4. Het rouw- of separatieproces, dat zich voornamelijk binnen gezinsverband afspeelt en een bijzonder lange latentieperiode kan doormaken (HUYGEN 1978^I; 1983).

2.4 Onderzoek naar de frequentie van de psychische morbiditeit in de huisartspraktijk en de verdeling naar leeftijd en geslacht.

2.40 Frequentie van psychische en functionele symptomen en syndromen.

1. Bespreking van algemene gegevens.

Natuurlijk ook hier weer grote moeilijkheden met de interpretatie van de gehanteerde begrippen en meeteenheden. Wel wordt getracht om de gegevens zoveel mogelijk op een noemer te brengen door deze om te rekenen per 1000 personen per jaar van de betreffende praktijkpopulatie. De door de auteurs gebruikte benamingen worden zoveel mogelijk letterlijk overgenomen. Wanneer men de publicaties selecteert die betrekking hebben op de totale huisartspraktijkpopulatie komt men tot het volgende beeld betreffende de frequentie van psychisch dysfunctionerende patiënten: BUMA (1950), 397/1000; VAN DEEN (1952), 215/1000; FETSCHER e.a. (1974), 60/1000; FRY (1966), 100/1000; HODGKIN (1978), 146/1000; OLIEMANS (1969), 188/1000; SHEPHERD e.a. (1966), 285/1000; LAMBERTS (1982), 173/1000; WATTS e.a. (1962^I) + 330/1000. Hierbij valt op, dat binnen een tijdsspanne van 20 jaar weinig verandering in de frequentie optreedt.

Een tweetal auteurs geven afzonderlijke cijfers op voor de "nervositas" en wel LAMBERTS (1974), 127/1000 EN VAN DEEN (1952), 5/1000.

Ook in de publicaties van BUMA/BAK (1952) en FETSCHER e.a. (1974) worden cijfers voor de "nervositas" van 80/1000 en 60/1000 opgegeven, doch hierbij wordt niet vermeld of hier ook nerveus-functionele klachten onder vallen.

Slechts twee auteurs vermelden "psychische stoornissen" als aparte categorie naast anderen en komen daarvoor op 77/1000 (BUMA, 1950) en 55/1000 (VAN DEEN, 1952).

De meest betrouwbare vergelijking is waarschijnlijk die tussen de drie Nederlandse Continue Morbiditeits Registraties, die voor het algemene begrip "psychoneurose" (diagnosecategorie 135) respectievelijk tot de volgende frequentiecijfers per 1000 personen per jaar komen: OLIEMANS (1969), 49,2/1000, LAMBERTS (1982), 38,9/1000 en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut: voor bekende gevallen 53,2/1000 en voor nieuwe gevallen 124,3/1000 (1980).

In de volgende studies worden verschillende epidemiologische grootheden gehanteerd. Deze zijn dus niet vergelijkbaar maar geven een algemene indruk over voorkomen van psychische stoornissen in de huisartspraktijk. Vlamings (1967) vond bij een steekproef uit de praktijkpopulatie dat 10,4% van de gepresenteerde diagnoses psychische en 36,8% nerveus-functionele klachten betrof. Het onderzoek van HOGERZEIL (1954) heeft betrekking op de totaal gepresenteerde symptomen door de totale praktijkpopulatie "at risk". Daarbij hadden 0,6% van de symptomen betrekking op nerveus-functionele klachten en 10,6% op psychische stoornissen, terwijl 4% de nervositas betrof.

BRAUN (1957, 1961) heeft gemiddelde frequentieverdelingen over diagnosecategorieën gepubliceerd en vond voor nerveus-functionele klachten een frequentie van 50 per 1000 aandoeningen, voor psychische stoornissen 10-15/1000 en voor nervositas 1,2 - 3,3/1000 aandoeningen. Door DREIBHOLZ e.a. (1974) kon worden vastgesteld, dat 18,4% van de gepresenteerde gevallen psychosociale problematiek betrof.

Bij een steekproefonderzoek (N = 1000) in een huisartspraktijk door AGOSTI-MAURER (1973) bleek, dat er 260/1000 psychisch dysfunctionerende patiënten de huisarts in een evaluatieperiode van een half jaar geconsulteerd hadden. Hiervan hadden 203/1000 psychische en functionele stoornissen en 56/1000 een psychiatrische aandoening. Door Øgar (1975) wordt een verslag gegeven van een onderzoek in 56 huisartspraktijken, waarbij de frequentieverdeling over de diagnosecategorieën de volgende gegevens opleverde: 26,6% betrof functionele en psychische stoornissen, 15% psychosociale problematiek en 7,5% werd onder de diagnosecategorie nervositas gerubriceerd. Semmense (1969) noteerde in zijn onderzoek naar psychische morbiditeit 140 gevallen per 1000 patiënten per jaar.

Interessant is de bevinding van RUHE (1957) die vaststelde, dat in het onderzoeksjaar 1938 8% en in het onderzoeksjaar 1954 7% van de ziektegevallen per 1000 patiënten de diagnosecategorie nervositas betrof. Dus in een tijdsspanne van 16 jaar blijkt er een grote consistentie in de presentatie van psychische stoornissen. Ook PROSENG (1968) heeft gedurende 10 jaar een continue morbiditeitsregistratie in een solo-huisartspraktijk verricht en wel eerst 5 jaar in de herfst en winter (oktober-maart) en daarna 5 jaar van april tot oktober.

Daarbij werd in de eerstgenoemde periode een hogere consultatiefrequentie voor psychische stoornissen gevonden dan in de tweede. Het meest gedifferentieerde onderzoek naar de frequentie van functionele en psychische stoornissen in de huisartspraktijk is gepubliceerd door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut met gegevens over de periode 1971-1978, beschreven in de SYLLABUS "Gewone ziekten" (1980).

Belangrijk in verband met de grote onduidelijkheid over het totale percentage functionele klachten is de vermelding, dat de rubriek Psychische stoornissen en Psychiatrie ongeveer 10% van het totaal aantal aangeboden aandoeningen omvatte. De nerveus-functionele klachten maakten daarvan 90% uit, zodat ongeveer 9% van de totaal gepresenteerde morbiditeit onder deze categorie valt. Wanneer men de nieuwe gevallen bekijkt, blijken gemiddeld per 1000 mannen 123 en per 1000 vrouwen 189 nerveus-functionele aandoeningen per jaar gerubriceerd te zijn. De meeste nieuwe gevallen werden genoteerd bij patiënten uit de laagste sociale laag, zowel voor mannen als vrouwen.

Interessant is de bevinding uit dit epidemiologische onderzoek naar nerveus-functionele klachten in vier huisartspraktijken door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, dat voor ongeveer de helft van alle volwassenen wel eens hulp van de huisarts was ingeroepen voor nieuwe nerveus-functionele klachten. Het betrof vooral de leeftijdsgroep 20-49 jaar en frequenter vrouwen dan mannen (Huygen e.a. 1984). Zowel OLIEMANS (1969) als LAMBERTS (1974, 1975, 1982) en LAMBERTS/HARTMAN (1982) hebben de functionele klachten en syndromen niet in een afzonderlijke diagnosecategorie opgenomen.

Uit het omvangrijke onderzoek naar probleemgedrag door LAMBERTS/HARTMAN (1982) kon tevens worden vastgesteld, dat jaarlijks door 14% van de basispopulatie (N = 21195) psychische stoornissen worden aangeboden en 43% spreekt daar in het tweede jaar nog met de huisarts over. In het tweede jaar wordt door 11% van de populatie voor de eerste maal psychische problematiek gepresenteerd. Zowel psychische als sociale problemen worden slechts door 5% van de patiënten besproken en 10% komt jaarlijks met sociale problemen, waarvan 36% dit in het tweede jaar ook nog doet. Bij een onderzoek naar de aard van spoedgevallen in een huisartspraktijk vond SMIT (1974), dat 20% van de acute buikpijngevallen, 25% van de acute benauwdheid en 31,6% van de acute pijn op de borst (hartkloppingen) als functionele klachten/stoornissen moesten worden geïnterpreteerd. Ook blijkt, dat een groot deel van de verborgen morbiditeit functionele klachten betreft (FOLMER, 1968; HUYGEN, 1983¹).

De spaarzame gegevens betreffende de functionele syndromen zullen nu de revue passeren.

Het meest op de voorgrond treedt hierbij het "gastro-intestinale syndroom", waarvan door diverse auteurs (KUIJPERS, 1966; FOLMER, 1968, HUYGEN, 1983¹) op het bijzonder frequent voorkomen in de huisartspraktijk hebben gewezen. Ook in de monografie over functionele buikklachten komt het grote belang van dit syndroom tot uiting (CLUYSENAER/TEN THYE e.a., 1980). Uit de gegevens van ZITMAN (1980) en DE MELKER (1980) kan men globaal stellen, dat de helft van alle functionele klachten op detractus gastro-intestinalis zijn geprojecteerd. Vooral bij de verwijzingen naar specialisten nemen deze functionele buikklachten een bijzondere plaats in.

Alleen bij OLIEMANS (1969) worden de maagklachten afzonderlijk vermeld en aangenomen kan worden, dat dit in hoofdzaak functionele klachten betreffen met een prevalentie van 16,5/1000 met weinig verschil tussen mannen en vrouwen. Wel heeft hij de functionele hartklachten als afzonderlijke diagnosecategorie in zijn onderzoek opgenomen en komt tot een prevalentiecijfer van 5,2/1000 (mannen 4,9 - vrouwen 5,5). Over dit functionele cardiovasculaire syndroom worden bij andere auteurs geen gegevens aangetroffen. In hetzelfde onderzoek wordt voor hoofdpijn een prevalentiecijfer van 14,6/1000 (mannen 11,1 - vrouwen 18,1) en voor rugpijn e.c.i. 13,1/1000 (mannen 9,8 - vrouwen 16,3) opgegeven, terwijl de slaapstoornissen een prevalentiecijfer van 4,1 halen.

Over de frequentie van het hyperventilatiesyndroom zijn de meningen sterk verdeeld. SMITSLAAR (1982) meent, dat het te vaak niet wordt herkend en haalt diverse auteurs aan die deze mening zouden ondersteunen, waaronder Tavel (1962) die veronderstelt, dat 5-11% van de patiënten in een huisartspraktijk aan dit syndroom lijdt. Ook FOLGERING/COLLA (1980) menen, dat er geen betrouwbare gegevens in de literatuur te vinden zijn. De opgegeven percentages binnen de patiëntengroepen variëren van 4,5 - 10,5%. Zij menen, dat het percentage onder psychiatrische patiënten aanzienlijk is. Directe gegevens uit de huisartspraktijk komen van het peilstationproject Amsterdam (MEIJER, 1981, rapporteur). Vanuit de verkregen gegevens wordt een prevalentie van 72 per 10000 personen per jaar berekend tussen de 5-70 jaar met een piek voor mannen van 35-44 jaar en voor vrouwen van 20-24 jaar. Gemiddeld 18-23 gevallen per jaar per praktijk. Ook GRAUWENKAMP en VAN RIEL (1974) wijzen op het minder vaak voorkomen van het hyperventilatiesyndroom in de huisartspraktijk dan algemeen wordt verondersteld. Komen gemiddeld tot 7,9 hyperventilanten per 1000 praktijkleden. Dit stemt dus aardig overeen met het voorgaande onderzoek. Doch TERLUIN (1984^I) komt in zijn onderzoek in een plattelandspraktijk tot nog hogere getallen (75 patiënten op circa 5000 personen in de praktijk) met dezelfde leeftijdsverdeling als Meijer.

Eveneens moeilijk te analyseren zijn de gegevens betreffende het voorkomen van het neurastheen syndroom dat onder verschillende benamingen is gerubriceerd. Zo wordt door LOGAN e.a. (1958-1960) voor de "asthenic reaction" een prevalentiecijfer van 5,7 per 1000 personen per jaar gepubliceerd. OLIEMANS (1969) geeft voor de categorie "moe, slaperig, hangerig", waaronder naar men kan aannemen, een groot aantal neurasthene reacties zullen voorkomen, een prevalentiecijfer van 21,1 op (mannen 13,3 en vrouwen 30,4). HODGKIN (1978) geeft een prevalentiecijfer van 56/1000 op. KUIPERS (1966) is van mening, dat 15% van alle verrichtingen in zijn solo-plattelandspraktijk "lichte neurotische klachten" betreft en dat het "neurastheen syndroom" bij al deze patiënten werd gediagnostiseerd.

Uit de morbiditeitsgegevens uit het monitoringproject (LAMBERTS, 1982) blijkt, dat er voor de diagnosecategorie "surmenage, neurasthenie" een incidentie van 33,2/1000 in het eerste jaar en 31,4 in het tweede jaar van het onderzoek werd gevonden. Uit de morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord kon LAMBERTS (1974/1975) een prevalentiecijfer van 305/1000 voor functionele klachten berekenen en voor psychische "reactie vormen" 173/1000.

Van deze laatste uitingsvormen bleek de "neurasthene reactie" met 58% het frequentst voor te komen en voornamelijk bij vrouwen. Op dit neurastheen syndroom heeft VAN DER VELDEN reeds in 1971 de aandacht gevestigd in het kader van onderzoek naar de morbiditeit bij huisvrouwen. In het onderzoek van AGOSTI-MAURER (1973) bleek het "neurastheen syndroom" bij 15% van de geselecteerde steekproefpopulatie voor te komen. Omgerekend voor de totale praktijkpopulatie "at risk" zou dit op 4% neerkomen.

VOORN (1983) heeft de "chronische ziekten" in de huisartspraktijk onder de hand van de C.M.R. van het N.U.H.I. geanalyseerd. De chronisch functionele klachten vindt men bij de patiënten die als "chronisch nerveus-functionele klagers" of als patiënten met een "chronisch klaaggedrag" in de literatuur worden beschreven. Procentueel zou 3% van de mannen en 7% van de vrouwen chronisch functionele klachten presenteren. In een standaardpraktijk van 2800 personen kan men 100-150 van dergelijke patiënten per jaar verwachten. In de hogere sociale laag werden minder gevallen geregistreerd. VAN DEN HOOGEN e.a. (1980) berekenden dat men in verband met de te verwachten veranderingen in het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk tengevolge van de vergrijzende bevolking met een duidelijke toename van chronische nerveus-functionele klachten rekening moet houden. In de literatuur konden geen verdere gegevens over dit chronische klaaggedrag worden verzameld. Alleen ROOLMANS (1974¹) vermeldt naar aanleiding van zijn literatuuronderzoek naar het voorkomen van gemaskeerde depressies, dat er in de consultatieve psychiatrische praktijk aanzienlijke aantallen patiënten met chronisch klaaggedrag op de interne afdelingen worden aangetroffen met de diverse functionele syndromen en dat daaronder globaal 20-30% patiënten met depressieve kenmerken konden worden geselecteerd.

Uit het longitudinale onderzoek van POST (1980) over de hoofdpijnpatiënten in de huisartspraktijk kon worden berekend, dat slechts 0,2% van de populatie van boven de 18 jaar (N = 3000) als chronische hoofdpijnpatiënten konden worden beschouwd, globaal 2/1000. Tenslotte nog enkele gegevens die bij deze literatuurverkenning opvielen: Zo constateerden OLIEMANS/VAN DER VEN (1975) een minder presenteren van psychische stoornissen bij grote gezinnen, indien het jeugdigen betreft, doch t.a.v. volwassenen treedt er geen duidelijk verschil op, terwijl ook BUMA/BAK (1952) bij grote gezinnen een lage frequentie aan consulten vinden. Bij VAN DEEN (1952) bleken van de mannen met psychische stoornissen 52% gezinshoofden te zijn.

2. Psychische morbiditeit, verdeeld over de leeftijdsgroepen.

Deze literatuurverkenning toont duidelijk aan, dat bepaalde leeftijdsgroepen een groter risico vormen om psychisch te decompenseren dan andere. Uitgaande van de leeftijdsgroepen vanaf 15 jaar, die in decaden verdeeld worden, blijkt er een duidelijk verschil in frequentie ten aanzien van de nieuwe gevallen, presentatie van klachten door patiënten die gedurende een langere periode geen psychische stoornissen ter sprake brachten, en bekende gevallen, patiënten die reeds gedurende langere tijd dysfunctioneerden of meermalen psychisch decompenseerden. Voor nieuwe gevallen worden door de volgende auteurs de hoogste frequenties gevonden tussen 20-30 jaar (SEMENCE, 1964), 30-40 jaar (KESSEL, 1960, SHEPHERD e.a. 1964, 1966, VOORN, 1983), 15-44 jaar (OLIAMANS, 1969).

Voor de voorbijgaande situatieve reacties, surmenage en het neurastheen syndroom 25-44 jaar (KULPERS, 1966; LAMBERTS, 1982), terwijl deze laatste een nog hogere frequentie vond tussen de 45-64 jaar.

In de "top-twintig" analyse van de nieuwe gevallen op grond van de C.M.R. door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut 1971-1978 (SYLLABUS, 1980) staat de diagnosecategorie 135 (psychische en functionele stoornissen) vanaf de leeftijdsgroep 20-29 tot en met de leeftijdsgroep 50-59 jaar steeds aan de top, om in de volgende decennia op te schuiven naar respectievelijk de tweede, derde, vijfde en tiende plaats. Bij de bekende of chronische gevallen vindt er bij de mannen vanaf de 30 jaar een stijging tot het 60e jaar plaats, met een piek van 12% in de leeftijdsgroep 50-59 jaar. Bij de vrouwen loopt de stijging door tot het 65e jaar, met een piek van 18% in de leeftijdsgroep 60-64 jaar; daarna treedt er een geleidelijke daling in.

Samenvattend komt VOORN (1983) tot de conclusie: "dat 3% van de mannen en 7% van de vrouwen bij de huisarts bekend is met het chronisch presenteren (d.w.z. door de jaren heen) van nerveus-functionele klachten". De grootste frequentie van nieuwe gevallen kan verwacht worden tussen de 30-40 jaar en van bekende gevallen tussen de 50-60 jaar voor mannen en 60-65 jaar voor vrouwen. Dit beeld komt overeen met dat van andere auteurs. Zo vond OLIEMANS (1969) voor de prevalentie de hoogste cijfers in de leeftijdsgroep 45-64 jaar. Vrouwen vertoonden hetzelfde patroon, doch de cijfers liggen tweemaal zo hoog. Gespecificeerd naar functionele hart- en maagklachten is de incidentie het hoogst in de leeftijdsgroep 45-64 jaar.

Uit het onderzoek van AGOSTI-MAURER (1973) bleek, dat de leeftijdsgroep 40-49 jaar het grootste risico vormde om psychisch te decompenseren.

De seksuele problematiek wordt van 15 tot 65 jaar in zeer lage aantallen gepresenteerd (LAMBERTS, 1982; OLIEMANS, 1969). Tussen de 15 tot 65 jaar is er weinig verschil in incidentie-cijfers, gemiddeld 8,9/1000 bij Hartman en Oliemans geeft een totale prevalentie voor mannen van 1,6 en voor vrouwen van 0,5/1000. Voor slaapstoornissen stijgt de incidentie in het monitoring-project met toenemende leeftijd, doch bij Oliemans komt dit niet zo duidelijk tot uiting. In zijn totaliteit beschouwd levert deze analyse van de frequentieverdeling van de psychische morbiditeit over de leeftijdsgroepen weinig kenmerkends op, ook niet met betrekking tot bepaalde uitingsvormen. Met de nieuwe gevallen wordt de huisarts vooral in de leeftijdsgroepen van 25-44 jaar geconfronteerd en de bekende (waaronder de chronische gevallen) + 15 tot 20 jaar later. Opmerkelijk is, dat vrouwen de hoogste percentages van de bekende gevallen een decennium later scoren dan de mannen. In het begin van de middelbare leeftijd lopen de vrouwen de grootste kans voor de eerste maal psychisch te decompenseren, waarbij het neurastheen syndroom op de voorgrond treedt. De mannen voornamelijk aan het einde van deze periode en in de overgangsleeftijd. Mogelijk vormen de ervaren levensgebeurtenissen in de leeftijd van 50-60 jaar een grote bedreiging.

3. Psychische morbiditeit, verdeeld over het geslacht.

Ook over het voorkomen van psychische en functionele stoornissen bij mannen en vrouwen en de onderlinge verhouding tussen de geslachten lopen de bevindingen sterk uiteen.

De grootste overeenstemming wordt er nog gevonden bij de psychiatrische aandoeningen, waarbij voor mannen en vrouwen gelijke percentages worden gerubriceerd (AGOSTI-MAURER, 1973; GIEL, 1972¹¹; SHEPHERD, 1966; SYLLABUS N.U.H.I., 1980) of in geringe mate de vrouwen overwegen (OLIAMANS, 1969; LOGAN, 1958; VAN DER VELDEN, 1971). LAMBERTS (1982) en SHEPHERD (1966) geven een man-vrouw ratio op ten aanzien van de contacten voor een bepaalde diagnose. Dan blijkt, dat dit aantal contacten voor vrouwen bij de psychiatrische aandoeningen hoger ligt dan voor de mannen. Om een globaal beeld te krijgen van de verdeling van de psychische stoornissen, voorzover hier een scheiding van functionele stoornissen mogelijk is, wordt de man-vrouw ratio gehanteerd, die door diverse auteurs is gepubliceerd. De meesten geven een man-vrouw ratio van 1:2 op (KUIJPERS, 1966; SHEPHERD, 1966; WALLACE, 1969 en WATTS, 1962¹), een enkeling 1:1 (PAULETT, 1956) en een verhouding van ongeveer 2:3 wordt vermeld door BUMA (1950), BUMA/BAK (1952), GIEL (1972) en WATTS (1964). Auteurs die de functionele stoornissen afzonderlijk vermelden komen tot een man-vrouw ratio van 1:2 (OLIAMANS, BUMA, BUMA/BAK) en POST (1980) voor de cephalo 3:5. TERLUIN (1984) voor het HVS op 1:1½.

Duidelijk is in ieder geval, dat door vrouwen meer psychische en functionele stoornissen worden gepresenteerd dan door mannen en tevens worden er voor vrouwen per aandoening meer arts-patiënt-contacten gerubriceerd. Slechts enkele facetten van dit verschijnsel worden hier besproken. Vanuit de huisartspraktijk heeft VAN DER VELDEN (1971) het gepresenteerde morbiditeitspatroon door huisvrouwen van 20-55 jaar nader geanalyseerd en dit vergeleken met dat van de echtgenoten en ongehuwde vrouwen. Voor ons zijn de bevindingen betreffende de psychische morbiditeit belangrijk. Duidelijk komt tot uiting, dat jonge huisvrouwen een hoger percentage psychische stoornissen presenteren dan oudere vrouwen. Hetzelfde geldt t.o.v. de ongehuwde vrouwen tussen de 20 en 30 jaar en de echtgenoten van de onderzochte huisvrouwenpopulatie. Als belangrijkste uitingsvorm van psychisch dysfunctioneren bij huisvrouwen noemt VAN DER VELDEN (1971) het "huisvrouwen-syndroom", dat vooral bij neurotisch labiele vrouwen zou optreden en gekenmerkt wordt door het samengaan van het "neurastheen syndroom", de trias van klachten betreffende het urogenitale en het locomotorische systeem en hoofdpijn. Naast de dispositie van de vrouw speelt de werklast van de gehuwde vrouw met kinderen een belangrijke rol. Daarnaast moet het "buitenshuis" werken als een extra belasting worden beschouwd. Hiermee wordt al een tip van de sluier ten aanzien van de vraag "waarom vrouwen meer psychische klachten presenteren dan mannen" opgelicht. Hierbij moet men tevens bedenken, dat huisvrouwen slechts 20% van de onlustgevoelens bij de huisarts als klacht deponeren (VAN DER VELDEN, 1971) en doorgaans zelden de huishoudelijke plichten opgeven.

Ook wordt door diverse auteurs aangetoond, dat de vrouw (al of niet buitenshuis werkend) een bijzonder lange dagtaak heeft, die volgens een strak tijdspatroon verloopt, en waarbij de vrouw eigenlijk nooit afstand van haar werk kan nemen (MAGER, 1978). Door VAN DANTZIG-VAN AMSTEL (1978) wordt de psychische belasting van de vrouw benaderd vanuit de diverse conflict-situaties waarin de vrouw wordt gedrongen. Achtereenvolgens bespreekt zij het conflict huwelijk-werk, conflicten in het huwelijk zelf, bij tweede toetreding tot de arbeidsmarkt en conflicten vanuit ons culturele patroon. De cultureel bepaalde rolbeperking en het daarmee samenhangende afhankelijkheidspatroon zijn belangrijke factoren bij het ontstaan van een verminderde psychische weerbaarheid. Deze passieve opstelling met een verminderde assertiviteit komt vaak tot uiting bij de probleem-patiënt, die haar "afhankelijkheid" in een scala van klachten tot uiting brengt. Vooral vrouwen van 35-55 jaar zouden de huisarts hiermee confronteren (LAGRO-JANSSEN, 1983).

Hoewel de invloed van biologische factoren bij de presentatie van psychische morbiditeit door de vrouw sterk betwijfeld wordt (PHILLIPS/SEGAL, 1972), geeft de overgang wel tot specifieke psychosociale problematiek aanleiding (BECKING/DE VRIES-REGT, 1978). Ook UCHTENHAGEN (1975) meent, dat opvoeding en specifieke rolconflicten de voornaamste factoren zijn voor dit hogere aanbod van psychische morbiditeit, waaraan toegevoegd kan worden, dat vrouwen waarschijnlijk beter in staat zijn emotionele spanningen waar te nemen en te uiten (PHILLIPS/SEGAL, 1972).

2.41 Onderzoek over de frequentie van psychiatrische toestands-beelden in de huisartspraktijk met verdeling naar leeftijd en geslacht.

1. Frequentie van enkele psychiatrische ziektebeelden.

Hierover zijn in de literatuur betrekkelijk weinig gegevens te vinden, vooral wanneer neurotische en depressieve stoornissen afzonderlijk beschouwd worden. Door een aantal auteurs worden de volgende aantallen per 1000 personen per jaar voor de psychiatrische aandoeningen (zonder verdere differentiatie) opgegeven: 5/1000 door LAMBERTS (1975); 5/1000 HODGKIN (1978); 5,9/1000 SHEPHERD (1966); 4,2/1000 OLIEMANS (1969); 8/1000 Morb. Stat. from Gen. Pract. (1974). In tegenstelling tot de onderzoeken in de vorige paragrafen dus een grote overeenstemming, globaal 5,6/1000. Door DREIBHOLZ e.a. (1974) wordt een onderscheid gemaakt tussen psychiatrische decompensatietoestanden met een prevalentiecijfer van 4,2/1000 en voor psychosen van 4,36/1000. In het Noorse morbiditeitsonderzoek (Øgar, 1975) in 56 huisartspraktijken bleek van de procentuele verdeling over de diagnose-categorieën 3,1% psychiatrische aandoeningen te betreffen. In zijn analyse van spoedgevallen vond SMIT (1974) dat in 5,7% der gevallen het "alarmsymptoom" acute psychiatrische problematiek betrof. Van de totale morbiditeit bij de spoedgevallen maakte de psychische morbiditeit 17,2% uit. Een onderzoek, verricht door 261 Engelse huisartsen (WATTS, 1964) vermeldde slechts 0,9% ernstig psychiatrische aandoeningen op de totale populatie "at risk" (N = 1.001.720) gedurende het onderzoek jaar 1961-1962).

TABEL 2 - II :

Meer gedifferentieerde gegevens per 1000 patiënten per jaar werden gepubliceerd door:

auteur (rapporteur)	: OLIEMANS	LAMBERTS	HODGKIN	N.U.H.I.	C.M.R.	1978 - 1982 ^X
	N = 18482	N = 16863				N = 12000
aantal huisarts- praktijken	5	12	1		4	
jaar publicatie	1969	1982	1978	bekende gevallen nieuwe gevallen		
schizofrenie	: 1,1	0,4	1,5	0,4		0,3
seniele psychose	: 1,6	1,1	1,1	0,7		0,6
organische psychosen	: 0,7	0,1	2	0,2		0,2
overige psychosen	: 0,8	0,4	0,4	0,4		0,3
verslaving	: 1,0	7,4	3	4,1		1,8
karakterafwijking	: 1,8	1,4	-	0,1		0,0
niet nader omschreven:				1,6		1,1

X = Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; Continue Morbiditeits Registratie.

Van de psychiatrische aandoeningen wordt de schizofrenie vooral in de leeftijdsgroep van 25-44 jaar gerubriceerd (HODGKIN, 1978; LAMBERTS, 1982; OLIEMANS, 1969). Zoals te verwachten komen de organische en seniele psychosen vooral na de 65 jaar voor. Bij mannen ook reeds tussen de 45-64 jaar (OLIEMANS, 1969). De problematiek door karakterafwijkingen wordt vanaf het 25e tot het 65e jaar over alle leeftijdsgroepen gelijkmatig verdeeld gepresenteerd (OLIEMANS, 1969). Epidemiologische gegevens over het verslavingsgedrag, waaronder vooral het alcoholisme, zijn, zoals uit diverse studies blijkt, zeer onbetrouwbaar. In de huisartspraktijk wordt het voornamelijk herkend vanaf het 25e tot het 65e jaar, waarbij geen bepaalde leeftijdsgroep opvalt. Dit geldt zowel voor de nieuwe als bekende gevallen (OLIEMANS, 1969; LAMBERTS, 1982; VOORN, 1983).

2. Frequentie van neurotische toestandsbeelden.

In verband met de inflatie van het neurosebegrip zijn de opmerkingen van VAN DEN BERG (1966) belangrijk, die in zijn oratie over "neurotiserende factoren" schrijft: "Neurotische stoornissen zijn frequent geworden; de reden daarvoor is niet een grenzeloze en onverantwoorde verwijding van het neurosebegrip. Het verband ligt andersom. De verwijding van het neurosebegrip is het gevolg van een feitelijke toeneming van vage, diffuse, nauwelijks nader te benoemen neurotische stoornissen. Stoornissen, die voor een groot deel buiten de grens van het medisch-zieke vallen en die bijgevolg het best in de enigszins zonderlinge, desondanks doeltreffende omschrijving van Rümke, "psychische stoornissen van de gezonde mens" zijn samen te vatten". Hiermee wil ik aanduiden, dat het weinig zin heeft om een poging te ondernemen tot een juiste schatting van het voorkomen van neurotische ontwikkelingsstoornissen. Ook de grote "interdokter variatie" zowel bij de diagnosestelling, de classificatie als de verwijzing en de wijze van behandeling laat dit niet toe.

Enig inzicht geeft mogelijk een overzicht met gegevens over onderzoek in Nederlandse huisartspraktijken en een vergelijking met die van Hodgkin uit Engeland.

TABEL 2 - III

Gedifferentieerde gegevens per 1000 patiënten per jaar, gepubliceerd door:

auteur (rapporteur)	: OLIEMANS	LAMBERTS	HODGKIN	N.U.H.I.	C.M.R. 1978 - 1982 ^X
		I II			
populatie at risk : N =	18482	10794 16863			N = 12000
aantal huisartspraktijken	5	4 12	1		4
				bekende gevallen nieuwe gevallen	
jaar van publicatie	: 1969	1975 1982	1979		
angsttoestanden	: 1,9	8 26,9	56-120		
hysterie (+ anorexia nervosa)	2,8	20	3,6-12,4	0,6	0,1
fobieën	0,7				
dwangneurose, obsessie	0,5		0,8-22	0,1	0,1
reactieve (neurotische depressie)	: 5,3	18 18,1	20	0,2	1,0
hypochondrisch syndroom	:		35,1		
neurose (andere categorie)	.		12,4	1,7	1,2
enuresis	: 1,8		1,0		
sexuele problematiek	- 1,0	10 3,2			
psychoneurose (diagnose categorie 135)	: 49,2	127 38,9		53,2	124,3
psychosociale problematiek	:	161			
voorbijgaande situatieve stoornissen			16,9		

X = Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; Continue Morbiditeits Registratie.

Uit dit overzicht blijkt duidelijk, dat de neurosen in engere zin slechts een klein percentage van de totale psychische problematiek in de huisartspraktijk uitmaken en dat het weinig zin heeft om op de onderlinge frequentieverdeling van de neurose categorieën in te gaan.

Uit de bijzonder grote variatiebreedte van vermelde leeftijdsgroepen waarbinnen de hoogste percentages neurotische stoornissen zouden worden aangetroffen, kan globaal berekend worden, dat deze binnen de leeftijdsgroep 25-45 jaar vallen, waarbij de vrouwen vaker in de hogere leeftijdsgroepen worden gerubriceerd. Angst-neurosen komen in het algemeen vaker voor het 40e levensjaar voor dan erna. Hierbij moet worden opgemerkt, dat men bijzonder voorzichtig moet zijn met het diagnosticeren van een neurotische decompensatie, indien deze na het 30e levensjaar voor de eerste maal gepresenteerd wordt. Een organisch psychosyndroom dient dan zorgvuldig te worden uitgesloten.

De frequentieverdeling over het geslacht wisselt sterk per publicatie, doch globaal kan een man-vrouw verhouding van 1 op 2 worden aangenomen. Men krijgt de indruk, dat bij angst-neurosen de vrouwen en bij neurasthene decompensatietoestanden de mannen overwegen. In paragraaf 2.34 is de verdeling over het geslacht nader besproken. Van het totaal aan psychische stoornissen wordt hoogstens 10% verwezen, doch welk gedeelte daarvan op rekening van neurotische stoornissen of neurotisch gedrag kan worden geschoven is niet vastgelegd.

(Aanvullende lit.: KESSEL, 1960; ADELSTEIN e.a., 1968; DILLING e.a., 1978; SMIT, 1952; VAN DER MAAS, 1975; STAHL, 1968; HEWETSON e.a., 1963; SHEPHERD, 1973).

Bij het onderzoek naar het voorkomen van neurotisch gedrag in de huisartspraktijk moet men er rekening mee houden, dat een groot percentage van de neurosen asymptomatisch verloopt. Meer dan 1/3 van de patiënten zou volgens SIMS (1976) geen klachten aan de huisarts presenteren. Ook POUCHER (1955) concludeerde naar aanleiding van zijn onderzoek naar neurotisch gedrag in de huisartspraktijk, dat er een groep neurotici is, die niet gauw herkend wordt. Zij kunnen maatschappelijk goed functioneren, doch bij stresstoestanden snel, maar gedurende lange tijd, psychisch decompenseren.

3. Frequentie van depressieve toestandsbeelden.

De epidemiologische gegevens betreffende het voorkomen van depressietoestanden lopen zoals te verwachten sterk uiteen. Van de vele publicaties wordt slechts een globaal overzicht gegeven. Allereerst een schatting van de "verborgen morbiditeit", die juist bij de depressieve aandoeningen van bijzondere betekenis is en door middel van exploratieve enquête-onderzoeken aan het licht gebracht kan worden.

In 1966 schatte WATTS, dat 140 van de 1000 personen "at risk" in de huisartspraktijk hun depressieve ontstemmingen niet presenteren. FRY (1979) komt tot de bevinding, dat in een standaardpraktijk van 2500 patiënten er 400 met depressieve symptomatologie rondlopen, doch slechts 100 zullen dit ter kennis van de huisarts brengen. Hij schatte de verborgen prevalentie van depressietoestanden op 160 per 1000 personen "at risk".

Bij een bevolkingsonderzoek in een Nederlands dorp (GIEL/LE NOBEL, 1971) rapporteerden 7% van de mannen en 11% van de vrouwen langer durende depressieve ontstemmingen. In een enquête-onderzoek in 14 huisartspraktijken in Londen werden eveneens bij 7% van de mannen en 13% van de vrouwen aanduidingen voor het bestaan van een depressieve aandoening gevonden, waarbij 2% van de mannen en 6% van de vrouwen suïcide gedachten vermeldden. Slechts bij de helft van deze patiënten was een depressief gedragspatroon herkend (SHEPHERD, 1966). Hierop aansluitend moet het voor de huisartspraktijk belangrijke syndroom van de "gemaskeerde depressie" worden vermeld, dat onder vele synoniemen in de literatuur wordt behandeld. Door de psychiatrische discipline wordt algemeen aangenomen dat dit beeld, het meest tot uiting komend in het chronische klaaggedrag, vaak wordt miskend (KIELHOLZ e.a. 1973; ROOIJMANS, 1974, 1975; DALION, 1971; LOPEZ IBOR, 1972; MODESTIN, 1975; MUSAPH, 1974^{II}, ROBINSON, 1977; SERRY/SERRY, 1969; SILBERT, 1968; SPENCER, 1968; WOODRUFF, 1975). Het meest opvallende uit het literatuuronderzoek is het feit, dat praktisch in alle publicaties op het niet herkennen van depressietoestanden wordt gewezen. Voor de huisarts is het ook van belang om bij een langdurende reconvalescentieperiode na infectieziekten, partus en abortus aan een uitingsvorm van een gemaskeerde depressie te denken (NYE/STOREY, 1976; KOERSELMAN, 1983). Ook onder verslavingstoestanden gaat nogal eens een depressief grondlijden schuil (TALLEY/VAN DIJK, 1977). Door enkele auteurs wordt aangenomen, dat van alle psychische stoornissen in de huisartspraktijkpopulaties 1/3 gedeelte of meer depressieve aandoeningen zouden hebben (FRY, 1979; WATTS, 1956; WILKS, 1975; BEAUMONT, 1984).

De bevindingen uit de vele publicaties lopen dermate uiteen, dat hier slechts de gemiddelde prevalentiecijfers uit de belangrijkste Nederlandse en enkele buitenlandse studies worden vermeld:

Voor endogene depressies : 0,6 - 2 per 1000 mannen en
(herkende morbiditeit) 0,3 - 8,5 per 1000 vrouwen/jaar.

Voor reactieve depressies : 1,9 - 6,2 per 1000 mannen en
(herkende morbiditeit) 4 - 12,7 per 1000 vrouwen/jaar.

(OLIAMANS, 1969; PORTER, 1970; STROMGEN, 1961; LAMBERTS, 1975, 1982; HEYMANN, 1972; N.U.H.I. SYLLABUS, 1980; ORMEL e.a. (1984) berekend een prevalentiecijfer van 26/1000 personen van 18 jaar en ouder.

De literatuurgegevens over de frequentieverdeling van depressieve ziektebeelden over de leeftijdsgroepen laten meer overeenkomst zien. Bij endogene depressies worden de eerste depressieve fasen tussen de 25-35 jaar gepresenteerd. Vanaf het 45e levensjaar wordt een toenemende frequentie waargenomen om tussen de 50-55 jaar een piek te bereiken. Daarna treedt er een daling op, doch na het 65e jaar worden weer hoge percentages gerubriceerd. Vrouwen scoren vooral in de jongere leeftijdsgroepen hoog, mannen in de hogere leeftijdsgroepen. Algemeen wordt aangenomen, dat de "reactieve" depressies zich op jongere leeftijd manifesteren, vanaf het 20e jaar, en de hoogste frequentie bereiken tussen de 30-45 jaar.

(OLSEN, 1961; PAYKEL/SIRELING, 1981; OLIEMANS, 1969; PORTER, 1970; WILKS, 1975; STROMGEN, 1961; N.U.H.I. SYLLABUS, 1980; HARTMAN, 1982; WATTS, 1965; HEYMANN, 1972; DUNBAR-MILLER, 1973; VAN DER VELDEN, 1978; BEAUMONT, 1984).

De verdeling over het "geslacht" laat hetzelfde beeld zien als bij de analyse van de totale gepresenteerde psychische morbiditeit. Namelijk het overwegen van vrouwen, dat bij de reactieve depressies sterker tot uiting komt dan bij de endogene depressievormen (WATTS, 1956, 1966; SHEPHERD e.a., 1966; RYLE, 1967; PORTER, 1970; JOHNSON, 1973; HODGKIN, 1978; OLIEMANS, 1969; Nijmeegs Univ. H.I., 1980; BEAUMONT, 1984). De laatste jaren is er een vermindering van het aantal opnamen voor depressieve syndromen geconstateerd, die globaal 40-60% van alle opgenomen psychiatrische toestandsbeelden betreffen (GIEL, 1974; JOHNSON, 1973; LEIGH, 1955; LYONS, 1969). Voor de neurotische depressies worden er bepaalde risicogroepen gesignaleerd, namelijk: a) gehuwde vrouwen met grote gezinnen uit de lagere sociale klassen; b) gehuwde vrouwen na een verhuizing; c) mannen uit de hogere sociale klasse, waaronder de mannen met een snelle succesvolle stijging op de maatschappelijke ladder; d) gehuwde vrouwen vertonen een hoger percentage depressieve ontstemmingen dan ongehuwde vrouwen (BAGLEY, 1973; PAYKEL/SIRELING, 1981; PERRIS/ESPVALL, 1973; PORTER, 1970).

2.5 Onderzoek naar het beloop van psychische en functionele stoornissen en syndromen in de huisartspraktijk.

1. Het beloop van psychische en functionele stoornissen en syndromen.

Dit is een belangrijk thema voor dit onderzoek, daar over de prognose van de beschreven psychische morbiditeit de meningen nogal uiteenlopen. Ook hier weer moeilijkheden met de gebruikte terminologie. Voorzover er niet duidelijk sprake is van depressieve of neurotische stoornissen wordt aangenomen, dat de auteurs de diagnosecategorie "psychische en functionele stoornissen en syndromen" bedoelen (E-lijst categorie 135).

Door KEDWARD (1969) werd het onderzoek van SHEPHERD e.a. (1966) in 14 huisartspraktijken op de neurotische stoornissen geanalyseerd, ernstige en lichte gevallen gezamenlijk. Na één jaar bleek 70-80% hersteld of verbeterd, welke verbetering al binnen een half jaar na het begin was ingetreden. Na 3 jaar was 73% van de nieuwe gevallen hersteld.

Na één jaar is het ziektebeloop dus reeds voorspelbaar en de dan niet herstelden neigen tot chroniciteit. Van deze laatsten had 50% een ziekte duur van 5 jaar en 25% een van 10 jaar.

Het onderzoek in de plattelandspraktijk door KUIJPERS (1966) geeft een overeenkomstig beeld te zien met een percentage hersteld/verbeterd voor mannen van 86,4% en voor vrouwen 87,5% na één jaar. Binnen twee jaar kreeg 25% een recidief. Ook SHEPHERD e.a. (1966) komen voor nieuwe gevallen tot een herstelpercentage binnen een half jaar van 71% en nog eens 9% hersteld binnen het volgende half jaar, zodat slechts 20% onveranderd blijft. Zij geven aan, dat de dichotomie tussen kortdurende en chronische gevallen ligt bij de grens van één jaar, onafhankelijk van het behandelingsgedrag van de arts. Dit stemt volledig overeen met de bevindingen van KEDWERD e.a. (1966, 1969), waar 71% van de nieuwe gevallen binnen een half jaar en 80% binnen een jaar hersteld waren; onafhankelijk van het al of niet behandeld zijn. Na een jaar trad een chronisch beloop in. JOHNSTONE & GOLDBERG (1976) merkten op, dat de prognose ten aanzien van herstel na 12 maanden niet veel beter was dan na drie maanden. Voor lichte psychische stoornissen werd hetzelfde beloop geconstateerd bij al of niet behandeling door de huisarts. Zij concluderen hieruit een grote neiging tot spontaan herstel. WALLACE (1959) kon een spontaan herstel constateren binnen een periode van drie jaar bij 2/3 van de onderzochte populatie.

Ten aanzien van psychische stoornissen in de huisartspraktijk heeft ook SUBOTNIK (1975) een onderzoek naar de spontane remissies van deze aandoeningen verricht. Hierbij bleek, dat binnen één jaar de grootste verbetering te verwachten is en er nadien weinig verbetering meer optreedt. Tevens kwam tot uiting, dat de groep patiënten onder de 45 jaar een gunstiger prognose heeft dan ouderen.

Over het beloop van de functionele syndromen zijn slechts weinig publicaties verschenen. Interessant is het longitudinale onderzoek door VAN 'T LAAR (1980), die 86 polikliniekpatiënten van de interne afdeling met het gastro-intestinale syndroom 6 jaar kon vervolgen. Na 6 jaar had 38% van deze patiënten geen klachten meer en opmerkelijk was, dat bij de resterende 62% patiënten een duidelijk consistent klachtenpatroon werd gevonden.

Van de publicaties over het hyperventilatiesyndroom is die van TERLUIN (1984^{II}) van belang, omdat hij 32 maanden na de eerste presentatie van het syndroom in de huisartspraktijk een enquête-onderzoek heeft verricht om de prognose ervan in beeld te kunnen brengen. Nog 62% van de geënquêteerde patiënten vermeldde een voor het hyperventilatiesyndroom verdachte klachtencombinatie. Overeenkomstig de literatuurgegevens heeft dus na enkele jaren nog 1/2 tot 2/3 van de patiënten klachten, doch door een meerderheid daarvan wordt dit niet meer als een last ervaren. Belangrijk is het katamnestic dossieronderzoek van CREMERIUS (1968), die tot de volgende totale syndroomprognose komt: 8% vertoont een spontane genezing; bij 24% wordt tenslotte een somatische aandoening gediagnostiseerd; 39% vertoont later een neurotisch toestandsbeeld en 50% ontwikkelt een vegetatieve neurose. Voor de syndroomprognose op de langere duur geldt, dat 71% verbetert of herstelt, terwijl de verhouding tussen syndroompersistentie en syndroomverandering 40:60 is.

De bevindingen uit de C.M.R. van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut ten aanzien van de chronische nerveus-functionele klachten zijn door VOORN (1983) geanalyseerd. Hieruit wordt als belangrijkste gegeven voor dit literatuuronderzoek vermeld, dat 3% van de mannen en 7% van de vrouwen in deze praktijken bij de huisartsen bekend waren als patiënten met chronisch nerveus-functionele klachten. Het zijn de zogenaamde "chronische klachtendragers" waarbij van een blijvende toestand gesproken moet worden. Voor een standaardpraktijk van 2800 personen gaat het gemiddeld over 100-150 patiënten per praktijk. VOORN tekent hierbij aan: "dat de oorzaak niet zozeer in de levensomstandigheden als wel in het weerstandsvermogen en de persoonlijkheidsstructuur van de betreffende patiënt is gelegen". Uit het longitudinale onderzoek van POST (1980) over hoofdpijnpatiënten blijkt, dat ongeveer 2% van de patiënten boven 18 jaar die primair hoofdpijklachten presenteren, als chronische hoofdpijnpatiënten kunnen worden beschouwd. Uit deze literatuurverkenning mag men concluderen, dat er bij de psychisch dysfunctionerende patiënten binnen een jaar een verbetering moet zijn ingetreden om niet de kans te lopen tot chroniciteit te vervallen. Globaal 1/3 van de aanvankelijk psychisch gedecompenseerde patiënten blijkt na 3 tot 5 jaar als chronische klagers bekend te staan (LAMBERTS, 1975).

2. Beloop van neurotische toestandsbeelden.

Over het beloop van neurotische stoornissen geeft de literatuur een merkwaardig overeenstemmend beeld te zien. Dit betreft dan de publicaties waarin uitdrukkelijk over neurotische toestandsbeelden wordt gesproken, gerubriceerd als "psychoneurosis", "neurotic illness", "neurosis and anxiety-state", "neurotic reaction".

Het reeds in 1959 gepubliceerde katamnestic onderzoek door ERNST over gemiddeld 24 jaar van aanvankelijk psychiatrisch behandelde neurotische patiënten levert enkele belangrijke gegevens op. Van de acuut of subacuut tot uiting gekomen neurotische decompensatietoestanden hebben de hysterische en depressieve neurosen de beste prognose, terwijl de angst- en dwangneurose, alsmede de neurasthene decompensatie tot chroniciteit neigen. Vooral een langzaam tot uiting komend, sluipend begin heeft een ongunstige prognose. Bij stijgende leeftijd zwakt de ernst van de neurotische symptomatologie af, hetgeen ook door SCHULE/TOLLE (1971) wordt bevestigd.

Bekendheid heeft de prognoseregule van FRY (1962/1969) gekregen die voor het beloop van psychoneurotische stoornissen aangeeft, dat na 3-5 jaar 1/3 van de patiënten is hersteld, bij 1/3 van de patiënten een remitterend beloop wordt gezien met perioden van goed functioneren en tenslotte blijkt 1/3 van de patiënten geen psychisch evenwicht te bereiken. Verder meent FRY (1960), dat de recidief neiging voor neurotische stoornissen stijgt met de leeftijd en al is 2/3 van de patiënten na 3 jaar niet meer onder behandeling, betekent dit nog niet, dat de patiënt hersteld is. GIEL e.a. (1964) vermelden in hun literatuuroverzicht, dat diverse auteurs (Eysenck, 1952; Shepherd/Gruenberg, 1975) een herstel van de meerderheid van de neurotische patiënten binnen 1-2 jaar noteerden en dat Hastigs (1958) bij 46% van klinisch behandelde patiënten binnen 6 tot 12 jaar een verbetering constateerde.

Uit hun eigen 5 jaars evaluatie bleek 2/3 hersteld en 1/3 onveranderd, waarbij geen verschil naar leeftijd of geslacht kon worden vastgesteld. Van de herstelden was 90% reeds binnen 2 jaar verbeterd. Ook KEDWARD/COOPER (1966) kwamen tot de conclusie, dat van neurotische patiënten zonder voorgeschiedenis 3/4 na 3 jaar hersteld/verbeterd was, doch van de chronische, reeds bekende, patiënten slechts de helft der gevallen. COOPER (1972) meent, dat de chronische neurotische patiënten zich niet door de aard der neurose maar door de frequentie van de recidieven en de persistentie van de duur van elkaar onderscheiden. Een onderzoek door NOYES/CLANCY (1976) bij patiënten met een angstneurose wees uit, dat na 5 jaar 2/3 redelijk functioneerde en dat de gemiddelde ziekteduur 1½ jaar was. Volgens WALLACE/WHYTE (1959) treedt er na 3 jaar geen verandering meer in de percentages verbeterde patiënten op en moet met 1/3 chronische neurotische patiënten rekening gehouden worden. Zij onderzochten patiënten die op een wachtlijst voor psychotherapie stonden en van wie 2/3 zonder behandeling binnen 3 jaar herstelden.

Samenvattend blijken er twee groepen neurotische patiënten met een voorspelbaar ziekteverloop te zijn, namelijk degenen bij wie na een jaar verbetering is ingetreden en die binnen 2 jaar hersteld zijn en adequaat functioneren en een groep die na een jaar onveranderd is en na 2 jaar niet verbeterd, bij wie een chronisch beloop is te verwachten. Globaal betreft dit 1/3 van de gevallen, meest patiënten met een psychosociale voorgeschiedenis. Een spontaan herstel kan binnen ½-1 jaar optreden, doch met een gemiddelde duur van 1½ jaar moet rekening gehouden worden; wel kan na 1 jaar de prognose reeds gesteld worden.

3. Het beloop van depressieve toestandsbeelden.

Uit het bijzonder grote aantal gegevens dat deze literatuurverkenning opleverde over beloop en duur van de diverse vormen van depressieve aandoeningen worden voor de huisartsgeneeskunde belangrijke bevindingen enigszins schematisch beschreven. Deze zijn voornamelijk afkomstig van de in de aanvang van par. 2310-G genoemde auteurs, waarbij ook de publicaties van FRY (1979); WILKS (1975); JOHNSON (1973); HODGKIN (1978); FREEDMAN e.a. (1972); OLSEN (1961); ØDEGARD (1961 en WEITBRECHT (1972) zijn benut.

- 1) Het meest karakteristieke van de reactieve en niet zeer ernstige endogene depressietoestanden is het "spontane" herstel, ongeacht het wel of niet behandeld worden. In de literatuur wordt de "depressie" unaniem als een "self limiting disease" beschouwd, hetgeen vooral bij de lichte gevallen tot uiting komt. De geringe contactfrequentie met de arts, herhaaldelijk vermeld, ondersteunt deze opvatting.
- 2) Bij de "endogene" affectieve aandoeningen ziet men, zowel bij de:
 - a. bipolaire als de unipolaire vormen, het "golvende, recurrenente recidiverende" beloop. In 1/3 van de unipolaire vormen treedt binnen 3 jaar een recidief op en in de helft van de gevallen wordt bij de patiënt een recidief waargenomen. Bij toenemende leeftijd neemt het aantal recidieven toe.

- b. Een eenmalig optreden van een depressieve fase zou in 40% van de gevallen worden geregistreerd; bij de manische fasen in een hoger percentage.
 - c. Een "altenerend" beloop zou slechts in 1/3 der gevallen voorkomen. De bipolaire vorm van de Manisch-Depressieve psychose in minder dan 10% der gevallen.
 - d. Ten aanzien van de "intervallen" wordt door vele auteurs aangenomen, dat deze bij stijgende leeftijd korter worden. De depressieve fase zou in duur constant blijven.
 - e. "Seizoensinvloeden" worden voornamelijk bij de endogene depressies waargenomen met de hoogste percentages van depressieve fasen in de herfst en een lichte stijging in het voorjaar. Opvallend is het vaak optreden van recidieven in dezelfde perioden van het jaar, al of niet seizoensgebonden, bij dezelfde patiënten.
- 3) Met een "chronisch" beloop zou in een kwart van de gevallen rekening gehouden moeten worden. Vooral de manie verloopt vaak chronisch. Verder komt dit vooral voor bij gecompliceerde reactieve depressies, namelijk:
- a. tengevolge van een somatogeen grondlijden, zoals een organo-cerebraal syndroom of een psychosomatische aandoening;
 - b. tengevolge van een depressief reageren op grond van een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling waarbij een milde depressie een slepend beloop kan aannemen. Eveneens bij een gestoorde premorbide persoonlijkheidsstructuur kan het beloop een chronisch karakter vertonen;
 - c. bij verslavingstoestanden, die zelf ook een uitingsvorm van depressie kunnen zijn en een zeer ongunstige prognose ten aanzien van herstel hebben.
 - d. Op hogere leeftijd neemt de neiging tot chroniciteit toe.
- 4) Ten aanzien van de "duur" van "endogene" depressies wordt een variatiebreedte van 6-12 maanden opgegeven, doch de gegevens hierover zijn schaars, hetgeen ook geldt voor "reactieve" depressies. Hiervoor wordt een gemiddelde duur van 28 weken gevonden. Na 16-18 maanden zou 70% hersteld zijn. De ernst van de depressietoestand beïnvloedt de duur in bijzonder ongunstige zin.
- 5) Een mogelijk dramatisch beloop van de depressie komt tot uiting in de suïcidepoging en de geslaagde suïcide. Aan de hand van de bevindingen van de hieronder vermelde auteurs worden de belangrijkste gegevens voor de huisartspraktijk samengevat. In de relatie met de depressieve patiënt speelt de problematiek van de "suïcidaliteit" steeds een belangrijker rol en beheerst vaak de behandelingswijze van de huisarts. Suïcidaal gedrag is dikwijls een appèl op de omgeving, vaak het gezin, en dient als een relatiestoornis opgevat te worden en door middel van het interactieproces binnen het leefmilieu te worden benaderd met, indien ook maar enigszins mogelijk, vermindering van opname. Van degenen die suïcide pleegden bleek 2/3 in de daaraan voorafgaande maand contact met een hulpverlener te hebben gehad.

Ook personen die hierover spraken of dergelijke gedachten toegeven lopen een groot risico, zoals blijkt uit het feit, dat de helft van de patiënten die een suïde pleegden reeds ten opzichte van de omgeving dergelijke gedachten hadden geuit. Een belangrijke bevinding is, dat ongevallen vaak suïciden of pogingen daartoe maskeren en alcoholisme hiertoe een verhoogd risico vormt, vooral daar dit vaak samengaat met een depressief grondlijden (BERKOW e.a., 1974). Een eenmaal gedane poging vormt een verhoogd risico (BLOEMSMA, 1974; VAN TOL, 1976).

Tot slot enkele cijfers: de verhouding suïcidepogingen ten opzichte van geslaagde suïciden is 6-10 op 1, waarbij voor mannen meer geslaagde suïciden en bij vrouwen meer pogingen daartoe worden geregistreerd. De prevalentie van geslaagde suïciden wordt gesteld op 12-18 per 100.000 personen "at risk" per jaar in Nederland met voor mannen een piek tussen de 15-25 jaar en voor vrouwen tussen de 25-45 jaar.

(BLOEMSMA, 1974; GIEL/BLOEMSMA, 1977; DIEKSTRA, 1981; DIEKSTRA e.a., 1982; HODGKIN, 1978; JOHNSON/MELLOR, 1977; HEYMANN, 1972; SHEPHERD e.a., 1966; FRANKENBERG, 1974; JOHNSON, 1973; KIELHOLZ, 1966; MUSAPH, 1974; POHLMEIJER, 1974; PRIEST, SMIT, 1974; SANDISON, 1972; SPENER, 1978; VERHOEFF, 1981; WATTS, 1964, 1966; MACKINNON, 1966).

2.6 Samenvattende bespreking naar aanleiding van de verkregen gegevens uit de literatuurverkenning.

De resultaten van deze literatuurverkenning zijn ten aanzien van de epidemiologische bevindingen bijzonder teleurstellend te noemen. Door de sterk uiteenlopende hantering van de verschillende epidemiologische grootheden en het zeer vaak ontbreken van een omschrijving van de gerubriceerde nosologische en syndromale diagnosecategorieën in de diverse publicaties wordt de interpretatie van de verkregen gegevens een bijna onmogelijke taak.

Door de WONCA is pas in 1981 een aanzet gegeven om tot een bindende omschrijving van de epidemiologische begrippen te komen, die op internationaal niveau in het eerste echelon gehanteerd kunnen worden. Er zal nog een aantal jaren op een bevredigende analyse van literatuurgegevens gewacht moeten worden (Glossery, 1981). Het meest opvallende is de door vele auteurs benadrukte grote "interdoctor variation" zowel bij de diagnostiek, rubricering en behandelingswijze in de huisartspraktijk. Dat geldt zowel voor de somatische, maar in veel sterkere mate voor de psychische morbiditeit. Wel is duidelijk geworden, dat vooral ten aanzien van de psychische stoornissen een syndromale rubricering nog de beste vergelijkingsmogelijkheden biedt. Hiervan is dan ook bij de opzet van dit onderzoek van uit gegaan. Van de aspecten die niet in het eigen onderzoek worden betrokken maar wel voor de beoordeling van de psychische morbiditeit van betekenis zijn, wordt op de eerste plaats de "verborgen" psychische morbiditeit besproken.

Hierbij is de vraag waarom slechts 10-20% van de ervaren onlustgevoelens aan de huisarts worden gepresenteerd bijzonder interessant. Dit zogenaamde "ijsbergfenomeen", de verhouding tussen de "ervaren onlustgevoelens" en "gepresenteerde morbiditeit" zal in hoge mate bepaald worden door de psychische problematiek. Juist hier spelen belangrijke factoren als drempelvrees en uitstelgedrag een bijzondere rol in verband met de negatieve gevoelswaarde, verbonden aan deze stoornissen, zowel bij de patiënt, de omgeving en vaak ook nog bij de huisarts.

Deze laatste bepaalt ook de omvang van een tweede aspect van de verborgen morbiditeit, namelijk de "latente" niet herkende psychische morbiditeit, waarover slechts enkele onderzoekers gegevens hebben gepubliceerd. Bij het "bevolkingsonderzoek" naar psychische morbiditeit is de belangstelling vooral gericht op de aard en omvang hiervan in de bevolking, gerelateerd aan bepaalde demografische gegevens. Voor de Nederlandse bevolking wordt de totale psychische morbiditeit geschat op 175-260 per 1000 personen per jaar; daarvan wordt globaal door 155-220 personen per 1000 per jaar psychische morbiditeit aan de arts gepresenteerd en is een prevalentiecijfer voor herkende morbiditeit berekend op 155 per 1000 personen per jaar (ORMEL/GIEL, 1983).

Aan de vele aspecten die samenhangen met de herkenning van psychische morbiditeit wordt hoofdstuk 3 gewijd.

De presentatie van "functionele" stoornissen en syndromen beheerst praktisch het gehele beeld van de gepresenteerde psychische morbiditeit in de huisartspraktijk. Daarom wordt aan de verwarring rond de terminologie en de verschillen in begripsomschrijving aandacht besteed. Het belangrijkste aspect van de functionele klacht is de communicatieve functie en daarvan zijn vele andere kenmerken af te leiden. Ook het somatiseringsproces hangt hiermee samen, dat vooral door de afweer wordt beheerst. Dit verhindert het doordringen tot de echte problematiek die aan de klachten ten grondslag ligt, waaraan patiënt, sleutelfiguren en de hulpverlener allen meer of minder, bewust of onbewust, deelnemen. De exponent hiervan is de "chronisch klagende patiënt", bij wie de onderlinge relationele afhankelijkheid van patiënt en hulpverlener bijzonder duidelijk tot uiting komt en dat als een eindpunt van de somatische fixatie beschouwd kan worden. Bijzonder moeilijk te interpreteren zijn de bevindingen over functionele klachten, syndromen en psychische stoornissen, omdat deze vaak alle onder de diagnosecategorie "psychoneurose" (135 E-lijst) worden gerubriceerd. Begripsomschrijvingen ontbreken vaak en de terminologie is verwarrend, waardoor de vergelijkingsmogelijkheden zeer beperkt zijn. Eigenlijk komen alleen de Nederlandse onderzoeken in meerdere huisartspraktijken hiervoor in aanmerking (OLIEMANS, LAMBERTS, N.U.H.I.).

Met enige moeite kan daaruit een prevalentiecijfer voor de gezamenlijke categorie van 50-100 per 1000 personen per jaar "at risk" worden berekend. Met meer zekerheid kan een man/vrouw ratio van 1 op 2 worden vermeld. Van de functionele syndromen kan alleen gezegd worden, dat zij een slechte prognose ten aanzien van het beloop hebben. Slechts van het hyperventilatiesyndroom is uitgebreider onderzoek naar het voorkomen verricht, waarbij opvalt, dat dit syndroom in de huisartspraktijk minder wordt herkend dan in de literatuur wordt aangegeven. Wel kan men met enige zekerheid zeggen, dat 2/3 van de patiënten met functionele syndromen binnen 2-5 jaar herstelt. Voor de functionele klachten geldt, dat ieder mens in zijn leven korte perioden met functionele stoornissen doormaakt. Vooral de nieuwe gevallen hebben een gunstige prognose. Zij worden het vaakst gezien in de leeftijdsgroepen van 25-44 jaar, de bekende gevallen vooral tussen de 45-64 jaar. Bij vrouwen in het begin van de middelbare leeftijd en bij mannen aan het einde hiervan. Tot de frequentst gepresenteerde functionele syndromen behoren het gastro-intestinale, het hyperventilatie, cardio-vasculaire en het nek-rug syndroom.

Een begeleidend verschijnsel en kenmerkend voor de presentatie van functionele klachten is de syndroomverschuiving. Belangrijke "psychische" syndromen die in de huisartspraktijk gezien worden, zijn:

- a. het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom", dat vaak gepresenteerd wordt, doch over het voorkomen zijn geen gegevens gepubliceerd;
- b. het "neurastheen syndroom", waarvan onderzoek in de huisartspraktijk het frequent voorkomen heeft aangetoond en dat als een insufficiëntiesyndroom moet worden beschouwd met als prevalentiecijfers 20-50 per 1000 personen "at risk";
- c. de "nervositas", waarvan een drietal vormen worden beschreven, doch waarvan de epidemiologische gegevens niet zijn te interpreteren.

De symptomatologie en differentiaaldiagnose worden uitvoerig beschreven in verband met het belang van deze uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren in de dagelijkse praktijk. Het zijn namelijk de uitingsvormen van de "psychische decompensatietoestanden" door acuut optredende of chronische "spanningstoestanden" tengevolge van stressverwerking. Van de processen van stressverwerking, tot uiting komend in het copinggedrag, waarbij het probleemoplossend vermogen een grote rol speelt, worden alleen de belangrijkste bevindingen uit deze literatuurstudie vermeld. De kenmerken van de verschillende psychische decompensatietoestanden komen wel uitvoerig aan de orde, omdat hierop de behandelingsstrategie gericht moet zijn.

Met nadruk wordt er op gewezen, dat de scheiding in functionele en psychische stoornissen een simplificatie is om een gedifferentieerd beeld te kunnen geven van de gepresenteerde psychische morbiditeit. Vaak worden deze klachten tegelijkertijd gepresenteerd of behoren beide tot een syndroom. In de literatuur zijn geen gegevens over de verhouding van beide categorieën stoornissen te vinden. Afzonderlijke cijfers over het voorkomen van psychische stoornissen variëren van 15-40/1000. Totale cijfers voor functionele en psychische stoornissen van 55-160/1000 met een opvallende consistentie in de loop der jaren.

Over het "beloop" blijkt er bij de diverse auteurs meer eenstemmigheid te heersen. Men kan globaal een prognosereguleer opstellen: na één jaar (vaak al na een half jaar) is 1/3 der patiënten hersteld, 1/3 verbeterd en 1/3 onveranderd. Algemeen is men van oordeel, dat binnen een half, maar zeker binnen een jaar een duidelijke verbetering moet zijn opgetreden om nog een gunstig resultaat te kunnen verwachten. Na 3-5 jaar blijkt 1/3 gedeelte van de patiënten als chronische klagers zowel individueel, maatschappelijk en in de werksituatie te blijven dysfunctioneren en therapieresistent te zijn. Een bij uitstek huisartsgeneeskundig ziektebeeld is de "depressie" als uitingsvorm van psychisch dysfunctioneren. Voor de praktijk is het van belang om zowel een nosologische als syndromale typering te hanteren om de patiënten op een adequate wijze te kunnen begeleiden. Steeds zal men moeten nagaan in hoeverre er vitale of personale kenmerken aan te duiden zijn.

Bij al deze vormen blijft het aftasten van de "suïciditeit" op grond van de door de patiënt uitgezonden signalen een nooit te verwaarlozen plicht.

Het beloop is sterk van de depressievorm afhankelijk, maar duurt gewoonlijk langer dan verwacht, zowel bij vitale als personale (vooral de neurotische) depressies. Ten aanzien van de leeftijd kan men in het algemeen zeggen, dat de reactieve en neurotische depressies zich op een jongere leeftijd manifesteren dan de endogene vormen. De vrouwen overwegen bij beide ziektebeelden, doch dit komt bij de reactieve depressies sterker tot uiting. Men neigt er steeds meer toe de laatste vorm als een reactief gedrag te beschouwen.

Het zal niemand verwonderen, dat het "neurotisch gedrag" een even groot probleem is in de huisartspraktijk als het voorgaande. De belangrijkste taak voor de huisarts is het herkennen van de signalen van een neurotisch dysfunctioneren die berusten op de gehanteerde afweermechanismen. Vooral het neurotisch ageren, reageren en manoeuvreren zal hij tijdig moeten onderkennen. In wezen kunnen alle psychische en functionele stoornissen en syndromen worden gepresenteerd. Bij het "neurastheen toestandsbeeld", dat onderscheiden dient te worden van de symptomatische vorm en de "neurotische symptomen" wordt direct het verband met de neurotische ontwikkelingsgang duidelijk.

Essentieel bij de neurosedagnostiek zijn de signalen die van het "gezin" uitgaan, dat de bakermat van de neurose genoemd mag worden, daar een gestoorde moeder-kind- en ouder-kindrelatie en een gestoorde huwelijksrelatie predisponerende factoren zijn voor het ontstaan en het zich ontwikkelen van neurotische stoornissen van het kind. Het onderkennen van de risicogezinnen en de gestoorde gezinsinteracties is daarbij van groot belang. De moeder speelt hierbij een essentiële rol. Alhoewel de prognose van neurotische stoornissen slecht is, blijkt er toch soms sprake van een spontaan herstel. Ook hier valt de beslissing over het beloop in het tweede jaar. Indien dan geen verbetering intreedt, moet ernstig op een chronisch beloop worden gerekend, dat zich bij 1/3 van de gevallen zou voordoen. Leeftijd en geslacht zijn hierbij van weinig betekenis. De epidemiologische gegevens zijn vermeld in TABEL 2 - III. Globaal kan de man-vrouw verhouding op 1:2 worden geschat.

De "psychiatrische aandoeningen" omvatten slechts een fractie van de totaal gepresenteerde morbiditeit, met prevalentiecijfers van 3-8 per 1000 personen per jaar "at risk". In TABEL 2 - II zijn de belangrijkste daarvan vermeld. De afhankelijkheids- en verslavingssyndromen zijn hierin niet verwerkt. Het kenmerk van deze syndromen is immers het "latente" beloop in de huisartspraktijk. De verschillende psychiatrische aandoeningen zijn enigermate leeftijd-gebonden en hebben een eigen karakteristiek beloop.

Voor de huisarts is de vroegdiagnostiek belangrijker. Hij kent de psychiatrische patiënt vaak anders dan de psychiatrische rubriek-diagnose laat vermoeden. Vooral de "borderline cases", de patiënten met een schizofrene defecttoestand, de patiënten met de gestoorde karakterontwikkeling zijn moeilijke patiënten, die de raadgevingen niet opvolgen, maar in de vaak optredende "crisisituaties" wel een beroep op de huisarts doen en daarmee eigenlijk het beeld van de psychiatrie in de huisartspraktijk bepalen. Dit geldt eveneens voor de patiënten met het afhankelijkheids- en verslavingsgedrag. Sporadisch wordt de huisarts geconfronteerd met "psychotisch gedrag", de ernstige psychische desintegratietoestanden, voornamelijk in de puberteits-, adolescentie- en involutieperiodes voorkomend. Ook de ernstige endogene depressietoestanden kunnen hiertoe leiden.

Van de "organische psychosyndromen" worden de acute syndromen met het hyperaesthetisch emotioneel syndroom als belangrijkste exponent het vaakst gezien. De chronische syndromen waaronder het "insufficiëntiesyndroom" (bij de arterio-sclerosis cerebri) en het "dementie-syndroom" kunnen in verband met de veroudering van de bevolking in een stijgend percentage worden verwacht. Hiermee is een beeld geschetst van de te verwachten psychische morbiditeit in de huisartspraktijk zoals deze uit de huisartsgeneeskundige literatuur te voorschijn komt en die voor het grootste gedeelte ook door de huisarts zelf wordt opgevangen.

Hoofdstuk 3. De problematiek bij de hulpverlening aan de psychisch dysfunctionerende patiënt.

De huisartsgeneeskundige aspecten bij de presentatie van psychische stoornissen en functionele klachten als uitingsvormen van tijdelijk psychisch dysfunctioneren staan centraal bij de uitwerking van dit thema. Tevens wordt beoogd een indruk te geven van de problematiek die zich bij het diagnostisch proces bij deze categorie aandoeningen kan voordoen, alsmede de bijzondere arts-patiënt interactie die hierbij een rol speelt. Iedere arts ervaart dagelijks het duidelijk anders zijn van dit contact met de patiënt die geen objectief te verifiëren somatische aandoening presenteert. Vooral het gemis aan een greep op de problematiek en de onvoorspelbaarheid van het gedrag van de patiënt en de omgeving zijn hiervoor van betekenis.

3.0 Bespreking van de problematiek geestelijk gezond ten opzichte van psychisch gestoord.

De belangrijkste vraag die zich hierbij aandient is: Welke van de aan de huisarts gepresenteerde klachten en stoornissen moeten tot de psychische stoornissen van de gezonde mens worden gerekend en welke als psychopathologisch worden geïnterpreteerd? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een benadering van de problematiek geestelijk gezond/psychisch gestoord, essentieel.

3.00 Overwegingen ten aanzien van het begrip geestelijk gezond en de presentatie van psychische stoornissen.

1. Omschrijving van het begrip "geestelijk gezond".

De veel bekritiseerde definitie van de W.H.O. over wat men onder gezondheid moet verstaan, luidt: "a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity". Maar met deze omschrijving komt men in de huisartspraktijk geen stap verder; het is een waardebegrip, dat sterk cultureel gebonden is. Van de vele omschrijvingen die aangeven wat men onder de geestelijk gezonde mens moet verstaan, is die van SODDY, geciteerd door RUMKE (1969 PSY I), voor de huisarts nog de meest praktische. Deze luidt:

"Een gezonde persoonlijkheid beantwoordt aan het leven zonder te grote inspanning (strain). Zijn ambities liggen binnen de speelruimte van de praktische verwerkelijking en hij heeft een scherp en schrander inzicht in zijn eigen kracht en zwakte. Hij kan behulpzaam zijn, maar ook hulp aanvaarden. Hij is in staat tot vriendschap en tot agressiviteit, waar dit nodig is. Hij is veerkrachtig bij mislukking, ziekte en bij succes. Zijn gedragspatroon toont vastheid, zodat hij trouw is aan zichzelf. Niemand zal t.o.v. hem het gevoel hebben, dat hij excessieve eisen stelt aan zijn omgeving. Zijn persoonlijk geloof en denken, het aanvaarde waardesysteem zijn een bron van kracht voor hem".

Verder ontlene wij aan RUMKE (1969^I, 1967^{III}) nog de waardevolle gedachten en opmerkingen, over wat men onder gezond psychisch functioneren dient te verstaan. Wij zullen die zoveel mogelijk in zijn eigen bewoordingen weergeven:

Voorwaarden voor een geestelijke gezondheid zijn:

- a. voldoende psychische spankracht (tension psychologique van Janet), waaronder men de functie verstaat die van het psychisch leven een structureel geheel maakt, de regulerende activiteit, het integrerende en creatieve vermogen;
- b. vermogen tot distanciëren en de juiste ontwikkeling van de relatie tot de medemens;
- c. aanhouden van het juiste tempo en afgestemd zijn in het intermenselijk contact, alsmede het juiste ritme van zich openen en sluiten. Mensen van verschillend type moeten elkaars taal leren verstaan;
- d. mogelijkheid van een "produktieve desintegratie" bij de crisis in de overgangsfase tussen de levenstijdperken, die een steeds grotere rol speelt in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, met de steeds onzekerder toekomstverwachtingen voor de 40 en 50 plussers.

Als belangrijke opmerkingen over dit thema voor de huisartsgeneeskunde worden genoemd:

- a. dat de psychiater de grenzen van de gezondheid veel wijder stelt dan de niet psychiater, hetgeen m.i. met de ervaring uit de praktijk duidelijk overeenstemt.
- b. Hierbij sluit tevens zijn opmerking aan "dat het psychisch leven van de gezonde mens zeer gestoord kan zijn, zonder dat er van ziekte sprake is" (1958^{II}).
- c. Voor de praktijk is het eveneens belangrijk, dat men bij conflicten niet direct aan een neurotische relatie moet denken, daar volgens RUMKE (1958^{II}) "het volwaardig conflict en lijden niets te maken heeft met ziekte en daarin ook niet overgaat. Het ziekelijke schuilt in de vorm van het beleven en in een insufficiënt zijn tot het volwaardig doormaken van het conflict. Het pathologische mist vormgeving, mist stijl, mist daardoor - wonderlijke paradox, want in het leven van de zieke zijn spanningen genoeg - spanning".

Ook TRIMBOS (1959) sluit zich hierbij aan door te stellen: "dat verschijnselen die als psychisch gestoord imponeren, niet persé van ziekelijke aard zijn. Tussen de polen optimaal geestelijk gezond en geestesziekte ligt het grote terrein der psychische stoornissen, die binnen het terrein der gezondheid te rangschikken zijn". Dit is juist het gebied dat tot de huisartsgeneeskunde gerekend moet worden en waarmee de huisarts dagelijks wordt geconfronteerd, zodat een nadere omschrijving hier niet mag ontbreken.

2. Bespreking van het begrip "psychische stoornissen bij de geestelijk gezonde mens".

Ten aanzien van dit begrip zijn vooral de door RUMKE (1948, 1967) gelanceerde opvattingen van grote betekenis, daar men er in de praktijk maar al te snel toe neigt deze als psychopathologisch te etiketteren. Hij dacht hierbij aan de wisselingen in de stemming, de affectiviteit en aanspreekbaarheid en het affectief contact.

Ook dwanggedachten en handelingen kunnen een abnormale indruk maken en stoornissen in het driftleven, het seksuele leven behoeven niet direct als ziekelijk te worden geïnterpreteerd. RUMKE haalt hierbij als kenmerkend voorbeeld de "driftbui" aan als een psychische stoornis van de normale mens, een moment waarop het integrerend vermogen tekort schiet. Mogelijk is hier volgens RUMKE sprake van een minuscule uitzonderingstoestand.

Belangrijke richtlijnen voor de huisartsgeneeskunde ter "differentiatie" t.o.v. de "psychopathologie" worden eveneens door RUMKE (1967) gegeven:

- 1) de tijdsduur, waarbij het als een ongeschreven code in ons aller bewustzijn leeft, hoe lang een dergelijke stoornis mag duren. Als de tijdslimiet wordt overschreden verdwijnt het medeleven, de geïnteresseerdheid of het medelijden en wordt de mens als ziek, vervelend of zielig afgewezen;
- 2) het "blijven bestaan" van de verschijnselen wijst op een ziekelijke stoornis;
- 3) de "reactie" van het "geheel" van de "persoonlijkheid" is belangrijk, de gezonde staat er anders tegenover dan de zieke, de stoornissen hebben een veel geringer resonantie;
- 4) bij de desintegratietoestanden in de crisis tussen de levens-tijdperken is het van belang de "productieve desintegratie" te onderkennen als een teken van gezondheid, d.w.z. dat men nadien op een nieuw niveau geïntegreerd is;
- 5) het oordeel "stoornis" mag nooit berusten op een zich geïsoleerd voordoend verschijnsel. Vooral bij de strevingen hangt het oordeel van het geheel van de persoonlijkheid af en van de sociale situatie waarin het gedrag afwijkt;
- 6) bij het affectief contact in de tussenmenselijke relatie speelt het "tempo" een rol, waarin het op elkaar afgestemd zijn tot uiting komt;
- 7) men moet er op letten, of het conflict adequaat wordt verwerkt en hoe het wordt beleefd, want in het insufficiënt doormaken van het conflict manifesteert zich het ziekelijke. (RUMKE, 1958^{II}).

3. Psychische stoornissen van de gezonde mens en de presentatie van symptomen van neurotische aard.

Een zeer delicaat onderwerp, want de "neurose" is een welhaast onvatbaar begrip geworden, omdat de uitingsvormen van de "neurose in engere zin", dus als ziektebegrip en de "klachten en symptomen van neurotische aard" moeilijk te onderscheiden zijn.

Vele auteurs wijzen op de "begrips-inflatie" t.a.v. de neurose, waardoor alle moeilijkheden in het intermenselijk contact, lichte stoornissen in psychisch functioneren die de gewone gang van zaken belemmeren, het niet opgewassen zijn tegen de eisen die het leven stelt, een bewuste afweer of sterkere verdringing dan normaal, als neurotische stoornissen worden getikteteerd (VAN DEN BERG, 1966; DE GROOT, 1971; REDLICH, 1970; PAULETT, 1956; RUMKE, 1958^{II}). In zijn oratie wijst VAN DEN BERG (1966) erop, "dat praktisch niemand geheel vrij van elk neurotisch reageren is" en ook FREUD heeft reeds opgemerkt (citaat REDLICH, 1970) "dat volledige normaliteit, in de zin van geheel gelukkig, onmogelijk is en dat elk conflict steeds in de mens aanwezig is", waaraan PAULETT (1956) toevoegt, dat ieder in zijn leven perioden

Vooraf ad 2 is belangrijk in verband met het functioneren van de "patiëntenrol" als "medisch ventiel voor het maatschappelijk falen" (VAN DOORN, 1956), welke ontsnappingen overwegend psychisch gedetermineerd zijn. Via de "S-5 etikettering, het "ziekteverlof" en toekenning van wao-uitkering (VAN BEEK, 1974/1977) kan het afwijkend bedrag of het psychosociaal dysfunctioneren via het medische kanaal gehonoreerd worden, door VAN DOORN de "medische beheersing van het falen" genoemd".

T.a.v. ad 3 is het in het kader van dit onderzoek van belang er op te wijzen, dat dit bij psychiatrische ziektebeelden leiden kan tot "onwil" om de "ziekenrol" te aanvaarden, hetgeen door de psychiater als "gebrek aan ziekteinzicht" wordt geduid (TELLEGEN 1970). Voor de neurotische patiënt geldt ad 2 niet altijd, daar deze ondanks het moeilijk psychosociaal functioneren vaak toch zijn werk voortzet.

- b. "Psychische gezondheid" betekent niet alleen de vervulling van de afzonderlijke rollen, maar betreft veel meer de "bekwaamheid om sociale betrekkingen te kunnen aangaan en de daarbij behorende rol-verwachtingen te vervullen" (PARSONS, 1951). Juist het niet voldoen aan deze verwachtingen is bij psychische stoornissen en psychiatrische ziektebeelden van betekenis, omdat vooral de "onvoorspelbaarheid" van het "rolgedrag" de arts en de omgeving het meest verontrust, waarbij de onwil om de ziekenrol te aanvaarden een ernstige complicatie is. Door middel van gedwongen verwijzing moet de arts de "ziekenrol" sanctioneren en daarna het onaangepaste gedrag weer voorspelbaar maken (DE SMIT, 1970).
- c. De belangrijkste beslissingen t.a.v. het "gezondheidsgedrag" worden in het leken communicatie-systeem genomen (PFLANZ, 1970), daar dit de belangrijkste informatiebron voor medische zaken is en dit gedrag overwegend op emotionele, onbewuste motieven berust. Ook MECHANIC (1966) komt tot overeenkomstige conclusies, waarbij hij er op wijst, dat zowel ernst van de klachten, de belemmering in het lichamelijk en psychisch functioneren, toegankelijkheid tot de medische voorzieningen en de stigmata voor bepaalde psychische stoornissen het ziektegedrag beheersen.
- d. Hierop sluit een omschrijving van het begrip "medicalisering" aan, waarmee op algemeen niveau wordt aangeduid "dat het menselijk bestaan steeds meer geplaatst wordt in het perspectief van "gezond en ziek" en dit bestaan derhalve, evenals het maatschappelijk leven, steeds meer in de greep raakt van de gezondheidszorg" (WELLEN, 1981; KLINKERT, 1982).
Op individueel niveau kan men stellen, dat de patiënt nog steeds de neiging heeft onlustgevoelens en klachten eerder lichamelijk dan psychisch te interpreteren en te presenteren, waarvan de oorzaken door FAHRENFORT/KLINKERT (1978) beschreven zijn. Ook bij de (huis)arts wordt een medicaliserend gedrag vastgesteld (SCHRAM/POOL, 1980); hij honoreert te vaak de hulpvraag, ook indien deze niet op zijn terrein ligt. De problematiek van de medicalisering spitst zich uiteindelijk toe op de polariteit "gezond-ziek" en wat daaronder verstaan moet worden en wie daarover moet beslissen, waarbij de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt steeds meer wordt beperkt.

e. Overwegingen bij het begrip "normaliteit".

Dit begrip is afgeleid van het begrip "norm" dat door VAN DOORN/LAMMERS (1959) wordt gedefinieerd als "opvattingen over hoe men zich dient te gedragen, of hoe men zich juist niet moet gedragen". Omdat de norm een gedraging impliceert, gaat deze gepaard met bepaalde gevoelens en strevingen, waarbij ook gedachten, gevoelens en neigingen het voorwerp van een norm kunnen zijn. Vaak wordt geen onderscheid gemaakt tussen norm en verwachting en het laatste begrip wordt dan gebruikt in de betekenis "norm" aangaande het gedrag van anderen" (VAN DOORN/LAMMERS, 1959). Voor de huisarts geldt dit eveneens, vooral daar hij reeds in een vroeg stadium met zwakke signalen van afwijkingen te maken krijgt. Hier is voorkennis over het functioneren van de patiënt belangrijk, evenals van zijn gebruikelijke gedrag. Hier zal de huisarts moeten oppassen niet ten onrechte de eigen norm te hanteren. Vooral de beleving van de patiënt zelf en de invloed van de omgeving op dit beleven is van betekenis (VAN GELDROP, 1980). In de huisartsgeneeskunde moet men steeds rekening houden met het gezin als referentiekader. In het longitudinale gezinsonderzoek van HUYGEN (1978) komt in de beschrijving van de gezinnen in opeenvolgende generaties duidelijk tot uiting, dat er binnen gezinsverband normen gesteld worden die ook overgedragen worden binnen familieverband.

f. Eveneens belangrijk is de omschrijving van de begrippen "aangepast" en "onaangepast gedrag", die ook een waarde-oordeel inhouden en die voor de praktijk beter vertaald kunnen worden in "voorspelbaar" en "onvoorspelbaar" rolgedrag, welk laatste omgeving en arts bijzonder kan verontrusten. Wel moet men bedenken, dat "oraangepastheid" nimmer een kenmerk van een individu kan zijn, daar het op gedrag in de situatie slaat en mensen in het gedrag soms wel, soms niet aangepast zijn, altijd in relatie tot de sociale situatie en altijd in relatie tot één beoordelend referentiekader, i.c. de arts (DE SMIT, 1970). Ook CARP (1951) heeft vanuit psychiatrisch gezichtspunt gewezen op de betekenis van het "niet aangepast zijn", waarbij hij de actieve aanpassing naar zelfverwerkelijking, scheppen van een individualiteit, stelt tegenover de passieve aanpassing, waarbij een collectief mensbeeld, een cliché wordt beoogd, dat in het gezelschapsleven overweegt.

g. Tenslotte de moeilijk te omschrijven polariteit gestoord - niet gestoord.

Het betreft steeds een wezensmerk van het individu, namelijk "hij is gestoord", waarmee men tevens aangeeft, dat het een blijvende toestand is, waar weinig verandering in zal komen. DE SMIT (1970) voegt hieraan toe, dat een individu nimmer in zijn totaliteit gestoord is. Deze begrippen zijn daarom goed te hanteren bij constitutioneel en karakterogeen bepaalde stoornissen in de persoonlijkheidsontwikkeling.

h. Men kan de "aanpassing" ook zien in relatie tot het "individuele doelstreven". AAKSTER (1971, 1974^{I-II}) stelt, dat de mens een "complex adaptief systeem" is en tevens doelgericht.

van emotionele stoornis doormaakt met presentatie van neurotische symptomen en dat de meerderheid van deze mensen leven zonder ongelukkig te zijn, maatschappelijk nuttig, constructief en verantwoordelijk functioneren.

Voor de huisarts is het dus belangrijk om het neurotisch gedrag te herkennen, dat op velerlei wijze gepresenteerd kan worden. Hierin komen de kenmerken van een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling tot uiting, die steeds te verklaren zijn en bepaald worden door de gehanteerde afweermechanismen. De mogelijk hieruit voortvloeiende gevolgen zijn tevens aanwijzingen voor een neurotisch dysfunctioneren en maken dus een differentiatie ten opzichte van het dysfunctioneren van de gezonde mens mogelijk.

Aanwijzingen zijn:

- 1) een ernstige verstoring van het "intermenselijk contact", waardoor een opvallend dysfunctioneren in de werk-, gezins- en huwelijkssituatie kan ontstaan;
- 2) een stoornis in de "volwassenwording", doordat de organisatie van de libido niet normaal verloopt, maar er een fixatie optreedt aan een der ontwikkelingsstadia;
- 3) een gedrag dat wordt bepaald door een onbewust "verdringen van de angst" voor het uiten van agressie, door middel van bijvoorbeeld ontkenning, rationalisatie, vermijding van de opkomende angstgevoelens;
- 4) de onbewuste "remmingen" als gevolg van de gestoorde psychodynamiek beperken de vrijheid van handelen en veroorzaken de kenmerkende "insufficiëntiegevoelens";
- 5) het aangaan van neurotische relaties om onbewuste onopgeloste conflicten in de actuele situatie uit te leven, te ageren of manoevreren, hetgeen vaak leidt tot autoriteitsconflicten en werkstoornissen, maar ook tot huwelijksproblematiek;
- 6) als gevolg van de voorgaande kenmerken een opvallende "starheid van reageren" en
- 7) een "discrepancie tussen willen en kunnen", met
- 8) een "rationaliseren" van de "bestaande problemen" uit vrees voor afkeuring van het gedrag, dat zeer irriterend op de hulpverlener kan overkomen en
- 9) tenslotte kan een "uitweg" worden gezocht in "onwetendheid, hulpeloosheid of ziekte".

(VAN DEN BERG, 1966, 1970^{I-II}; BLYTHE, 1973; BRAUTIGAM, 1969; FREUD A., 1936; FREUD S., 1972; GREENBERG, 1971; HORNEY, 1966/1973; KRAFT, 1972; KUIPER, 1967^{II}, 1973, 1955; MUSAPH, 1967^I, 1974; TER-RUWE, 1962; RUMKE, 1967).

Ook de ontkenning van elk symptoom kan een neurotische afweer zijn; de mensen die nooit moe kunnen zijn, nooit kunnen verzuimen, etc. (QUERIDO-NACHTEGAAL, 1957). Voor de onbeduidende reacties op botsingen en wrijvingen met het dagelijks milieu heeft DE GROOT (1971) de term "sociosen" geïntroduceerd, die hij als "verweer-patronen" van de gezonde mens op "homeostase" versturende invloeden van de societas beschouwt. Deze reacties kunnen door de omgeving als ongemotiveerd, ondoelmatig en onjuist worden gezien en gemakkelijk voor pathologisch worden gehouden; terwijl zij voor de betrokkene slechts een uiting van protest, van onbehagen en ontevredenheid zijn.

4. Bij de neurosesymptomatologie speelt het "cultureel relativisme" een belangrijke rol, waaronder men verstaat: dat iedere cultuur zijn eigen "normsysteem" heeft en dat wat men in de ene cultuur normaal noemt, in de andere cultuur pathologisch kan zijn (BATISDE, 1971). Enkele belangrijke aspecten zijn:
- a. Bij het hanteren van het begrip "normaliteit" dient men zich altijd af te vragen "waarvoor normaal" en "voor wie normaal" (REDLICH, 1970). Hierbij wijst hij erop, dat dit vooral geldt voor de "subculturen", hetgeen inhoudt, dat men er vooral t.a.v. psychische stoornissen in de praktijk rekening mee houdt, dat arts en patiënt vaak tot verschillende subculturen behoren en dus verschillende normen aanleggen.
 - b. In de huisartsgeneeskunde hebben wij meestal te maken met het "subjectief" normbegrip, waarbij men "normaliteit" vereenzelvigt met "vertrouwd zijn met". Alles wat buiten de eigen gevoelswereld valt, wordt als "abnormaal" gekenschetst (DE SMIT, 1970). Dit waarde-oordeel wordt door de arts veelvuldig gehanteerd en zowel voor de arts-patiënt relatie als voor de beoordeling van de psychische problematiek kan dit schadelijk zijn, omdat men er dan toe neigt de stoornis niet meer te zien als die van de gezonde mens. Vooral CALLIERI/FRICHI (1966) hebben erop gewezen, dat men in steeds toenemende mate zo de nadruk op de culturele relativiteit heeft gelegd, dat het begrip "abnormaliteit" bijna geheel verdwenen is.
 - c. Interessant is het door FROMM (1955) geïntroduceerde begrip "sociaal gestructureerd defect", waaronder hij verstaat: "dat, indien een individu een bepaald defect met vele anderen deelt, hij zich zijn gebrek daardoor niet bewust is en in zijn gevoel van zekerheid ook niet wordt bedreigd door de ervaring anders dan anderen te zijn. Een dergelijk gebrek kan juist door de cultuur waarin hij leeft tot een deugd worden verheven, hetgeen hem een verheven gevoel van een geslaagde levensvervulling geeft".

3.01 Benadering van het gezondheids- en ziektegedrag.

Vanuit de medische sociologie worden enkele aspecten van deze begrippen, voorzover van belang voor deze studie, nader belicht.

- a. Een omschrijving van het begrip "gezondheid" door een gezaghebbend auteur als PARSONS (1970) luidt: "Een toestand van optimale capaciteit van het individu voor de effectieve vervulling van taken en rollen bij de deelname aan het sociale systeem, terwijl bij "ziekte" dan een algehele stoornis aanwezig is om de te verwachten rollen en taken te vervullen. Om in de maatschappij geaccepteerd te worden behoort de zieke de "ziekenrol" te vervullen en daarbij aan de bekende 4 criteria van PARSONS te voldoen, namelijk:
 - 1) de zieke is niet door eigen schuld in deze toestand geraakt: kan deze niet uit eigen wilskracht teniet doen en is niet verantwoordelijk voor het voortduren van deze toestand;
 - 2) de zieke is vrijgesteld van de normale taak en rol verplichtingen;
 - 3) de patiënt behoort deze toestand als onaangenaam en ongewenst te beschouwen en deze zo spoedig mogelijk op te heffen;
 - 4) de zieke heeft recht op geneeskundige hulp en wordt geacht deze in te roepen.

De auteur gaat er van uit, dat de mens er naar streeft zo gelukkig mogelijk te worden en daarom beschouwt hij iemand als aangepast, indien hij er in slaagt zijn doelen te bereiken ten koste van zo gering mogelijke offers. "Gezondheid" betekent dan, dat: "een optimum aan effectiviteit en efficiëntie van het doelstreven is bereikt, gegeven de mogelijkheden en onvermijdelijke beperkingen van de omgeving en van de mens zelf".

"Ziekte" is een "falen in het systeem in het bereiken van de essentiële doelen of het falen een doel tegen aanvaardbare kosten te bereiken".

Dit is een geheel andere benadering dan de gebruikelijke in de medische sociologie en heeft dan ook kritiek ondervonden (LADEE, 1974).

3.02 Benadering van de crisissituatie.

Een moderne benadering van de psychische problemen van de gezonde mens, vooral voor de huisartspraktijk van grote betekenis, vindt men in de opvattingen over de "dreigende crisissituatie" en de "crisissituatie". Hierbij gaat het meestal om actuele problemen met een tijdelijk beloop, vaak verbonden met een bepaalde levensfase. Het betreft gewoonlijk psychisch gezonde mensen, die een periode van hulpeloosheid en onzekerheid doormaken en daardoor in spanning komen te verkeren. Deze brengt een tijdelijke emotionele verwarring teweeg, omdat zij een bepaalde situatie op dat moment met hun beproefde en vertrouwde methoden niet kunnen oplossen (FRANKENBERG, 1974^{I-II}). Deze toestanden behoeven niet tot de psychopathologie gerekend te worden en hierbij is het beleavingsaspect belangrijker dan de gebeurtenis.

3.03 Het psycho-sociaal deficiëntiesyndroom.

De aanpassingsstoornissen van de gezonde mens tengevolge van de steeds toenemende psychosociale stressfactoren in de thans falende welvaartstaat komen tot uiting in de diverse symptomen van "psycho-sociaal dysfunctioneren", die men niet tot de categorie psychiatrische stoornissen en ziektebeelden kan rekenen. Het begrip "welzijn" wordt door TRIMBOS (1971) als "een optimale, tijd en plaatsgebonden, (cultureel) bepaalde bevrediging van behoefte" omschreven. Indien deze behoeftebevrediging gefrustreerd wordt, kan men van niet of onvoldoende welzijn of welbevinden spreken, hetgeen nog geen psychosociale ongezondheid betekent. Doch, indien men zich wil "welbevinden" moet er volgens SAAN (1967) aan een aantal voorwaarden worden voldaan, namelijk: aan "welzijns-behoeften", die nader in "vitale" en "individuele" behoeften worden onderscheiden, welke laatste voor een gedeelte onbevredigd kunnen blijven in de huidige maatschappij. Daardoor is er vaak sprake van een "relatief" welbevinden, en het gevaar is niet denkbeeldig, dat, als men gebrek aan "sociaal" welbevinden, zoals werkloosheid, in het ziektebegrip opneemt (DE JONGH-HYKEMA, 1974) er zich een zelfde ontwikkeling voordoet als de afschuiving naar de wao van mensen die op psychosociale problematiek emotioneel reageren (VAN BEEK, 1974; WEIJEL, 1975). Het hierop aansluitende begrip "welzijnsnood", door WEIJEL (1970) geïntroduceerd, geeft een gebrek aan "levensvoldoening" (al of niet bewust en al of niet manifest) aan, zich uitend in

objectief en subjectief tekortkomen of tekortschieten, zowel in de ontplooiing van de eigen vermogens, als in de verhoudingen ten opzichte van de medemens. Tevens stelt hij, dat "sociale deficiëntie" niet tot individueel ongelukkig zijn behoeft te leiden, doch dat afwezigheid hiervan niet betekent, dat er geen "psychische deficiëntie" kan bestaan, daar dit een gevolg kan zijn van gebondenheidsstoornissen in de eerste levensjaren. Tenslotte werd het gehele complex van dit tekortschieten en tekortkomen in gedrag en functie op psychisch en sociaal gebied door WEIJEL (1970) het "psycho-sociaal deficiëntiesyndroom" genoemd. TRIMBOS (1971) zegt kernachtig: Bij psychosociaal dysfunctioneren geeft "psycho" de belevenis van het individu en "sociaal" de beleving in zijn omgeving ten aanzien van het dysfunctioneren aan.

3.04 Conclusie.

Bij de ontmoeting met de psychisch dysfunctionerende mens moet allereerst overwogen worden in hoeverre er sprake is van een psychisch decompenseren bij een tevoren redelijk geïntegreerde persoonlijkheid, of dat er reeds duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van karakteroegen of constitutioneel bepaalde stoornissen aanwezig zijn. In de meeste gevallen beschikt de huisarts over voldoende achtergrondinformatie, door zijn positie als gezinsarts, om zich hierover een oordeel te kunnen vormen, zonodig aangevuld met een psychosociale anamnese (WEIJEL, 1961; BAARS-ROMME, 1977), waarmee in korte tijd een inzicht in de betekenis van de klacht wordt verkregen (BROUWER, 1962). Belangrijke aanwijzingen voor het psychopathologische in de emotionele reacties vormen de tijdsduur en de wijze waarop het conflict wordt verwerkt, de mate van afstand nemen ten aanzien van de problematiek. Het ziekelijke komt tot uiting in het voortbestaan van de stoornis/het conflict en het ontbreken van een impuls tot adequate verwerking van de problematiek bij een volledig hierdoor in beslag genomen worden.

In de praktijk is vooral de differentiatie van belang tussen neurotische relatievorming, neurotisch (re)ageren op grond van een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling ten opzichte van de minder ernstige symptomen van neurotische aard, die ieder mens in zijn leven kan doormaken, vooral in crisisperiodes en levensstijdsperiodes. In de huisartsgeneeskunde speelt vooral het subjectief ziektebegrip, in het bijzonder ten aanzien van psychische stoornissen, een belangrijke rol, daar men er toe neigt "normaliteit" te vereenzelvigen met "vertrouwd zijn met". Dit wordt sterk beïnvloed vanuit de belevenissen in de eigen subcultuur, hetgeen in de arts-patiënt relatie tot vooroordelen en foutieve interpretaties aanleiding kan geven. Van de tegengestelde begrippenparen: normaal-abnormaal, aangepast-onaangepast en gestoord-ongestoord is dit laatste begrip vooral van toepassing op de psychische stoornissen van psychopathologische aard, daar het op een blijvend kenmerk wijst, constitutioneel of karakteroegen bepaald.

De "onvoorspelbaarheid" van het rolgedrag is bij onaangepast gedrag van grote betekenis, daar het zowel de huisarts als de omgeving verontrust. Dagelijks wordt de huisarts geconfronteerd met het tekortschieten van de mens in gedrag en in functioneren op psychisch en sociaal gebied, dat als "psycho-sociaal deficiëntiesyndroom" (WEIJEL, 1970) kan worden aangeduid, doch waarbij de arts zich terdege bewust moet blijven, dat bij acceptatie ervan voor enige vorm van behandeling de medicalisering in de hand wordt gewerkt.

De vele benaderingen van de polariteit "gezond-ziek" leveren voor de huisartspraktijk slechts weinig houvast op. Wel wordt duidelijk, dat men zeer terughoudend moet zijn met het aannemen van een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling of een constitutioneel/karakterogeen bepaald defect van de persoonlijkheidsstructuur. Uit deze literatuurverkenning komt de tendens naar voren om het merendeel van de door de patiënten aan de huisarts gepresenteerde klachten, psychische en gedragsstoornissen als uitingen van een tijdelijk psychisch decompenseren van in wezen normaal geïntegreerde personen te beschouwen, die door begeleiding van de huisarts hun psychisch evenwicht kunnen hervinden.

3.1 Aspecten van het diagnostisch proces bij de presentatie van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren.

3.10 De presentatie van de klacht in de medische situatie.

1. Ons interesseert de reden van de patiënt om na de bewustwording van de onlustgevoelens de arts te raadplegen, welke "motieven" door BROUWER/TOUW-OTTEN (1974) als volgt worden samengevat:

- 1) angst, ongerustheid en onzekerheid;
- 2) een ongewoon beloop van de klacht; langer duren dan gewoon of het gevoel dat "het anders dan anders is";
- 3) een toevallige gebeurtenis werkt als een trigger-mechanisme bij een reeds bestaand onbehagen, gestoord gezondheidsgevoel;
- 4) indien men door belastende milieu-omstandigheden reeds in een stress-situatie verkeert;
- 5) een toenemende behoefte door het opsparen van klachten leidt tot een arts-patiënt-contact;
- 6) de gevolgen voor de patiënt van de klacht zijn belangrijker dan de klacht zelf;
- 7) beïnvloeding door anderen, familieleden en sleutelfiguren zijn doorslaggevend.

Men moet goed beseffen, dat de patiënt in de voorafgaande periode zelf reeds prediagnostiseert, hetgeen resulteert tot een bepaalde wijze van klachtenpresentatie. Tevens is het feit van belang, dat de klacht "aspecifiek" is; de arts bepaalt, of de klacht als symptoom geëtiketteerd mag worden, of met de woorden van WEIJEL (1961). "De klacht is de expressie van de patiënt van een gestoord geluksgevoel, van een onbevredigdheid, terwijl de symptoomdiagnose de reactie van de arts is".

2. Hierbij sluit direct de cardinale vraag in de "medische situatie" aan: Niet wat heeft die patiënt, maar waarom klaagt die patiënt en waarom komt hij op "dit" moment en waarom "bij mij" (MORRELL, 1965; BALINT, 1965).

3. De klacht.

Het klagen is een proces waarin men uiting geeft aan gevoelens en tevens een beroep doet op medegevoel en medeleven, door MEININGER (1975) als volgt nader uitgewerkt:

De "inhoud" van de klacht ontstaat in een bewustwordingsproces, waarin aan bepaalde gevoelens in het lichaam, aan bepaalde situaties of aan een bepaalde gebeurtenis een "betekenis" wordt toegekend. Door te klagen legt men zijn gevoelens bloot en loopt men de kans misverstaan te worden, hetgeen dus een groot risico inhoudt, dat sterk gereduceerd wordt door de klacht bij een arts te deponeren (cave medicalisering).

Evenals WEIJEL (1970) vestigt ook MEININGER de aandacht op de klacht als een "signaal" van maatschappelijk dysfunctioneren en bespreekt hij het begrip "welzijnsgevoel", dat sterk afhangt van de mate van de eigen sociale identiteit. Bij tekortkoming hiervan kan er een beleving van angst optreden. Belangrijk is de opmerking van MEININGER (1975) dat "over iets klagen bij een arts niet altijd wil zeggen, dat men hulp zoekt of iets wil hebben tegen de klacht". Vooral bij het psychisch dysfunctioneren is het "communicatieve aspect", waarbij de klacht dient als middel om met de arts in contact te komen, van bijzonder belang. Bij tijdige onderkenning van dit motief komen de diagnosestelling en therapie op het tweede plan. Ook bij "chronische" patiënten is de reden voor regelmatig visite-contact meestal de psychische begeleiding (friendly visiting): het gaat meer om medical care, dan medical cure (BROUWER/DIJKHUIS, 1967). Vooral indien het contact kort duurt is dit aspect soms moeilijk te onderkennen en indien het communicatieve aspect gering is, treedt de "vaagheid" van de klacht op de voorgrond, hetgeen weer tot irritatie aanleiding kan geven, indien de patiënt geen betekenis van zijn "niet goed voelen" kan aangeven. Juist bij psychisch dysfunctioneren is de "drempelvrees" in verband met het in het algemeen moeilijk accepteren van psychische stoornissen, groot. Via verontschuldigheden en bagatelliseren of via het zogenaamde "by the way syndroom" (de belangrijkste klacht wordt bij het weggaan geuit) betreedt of verlaat de patiënt de "medische situatie", maar kan zich zonder blamage hieruit terugtrekken, indien de reactie van de arts daartoe aanleiding geeft (BROWNE/FREELING, 1967; BREMER, 1969).

3.11 Het diagnostisch proces in de huisartspraktijk.

Dit verschilt essentieel van de andere disciplines in de geneeskunde, doordat de huisarts en de patiënt een geheel ander "verwachtingspatroon" zowel t.o.v. elkaar als t.a.v. het arts-patiënt contact hebben (ROOYMANS, 1970, 1983) mede bepaald door het gewoonlijk reeds vele jaren bestaande onderlinge persoonlijke contact en met de omgeving van de patiënt. Hierdoor staat de huisarts een belangrijke achtergrondinformatie ter beschikking en kent hij de al of niet lage klachtendrempel van de gezinnen (BREMER, 1972). Vanuit een bepaald stramien kan de huisarts ten opzichte van bepaalde patiënten "blinde vlekken" krijgen, waardoor belangrijke symptomen over het hoofd kunnen worden gezien, vooral, indien de huisarts zogenaamd psychosociaal of psychosomatisch is ingesteld. Ook in de huisartsgeneeskunde speelt de "eerste indruk" een rol, vooral bij nieuwe patiënten en bij de presentatie van psychische stoornissen en daarom verdient het aanbeveling om deze systematisch te noteren, waarvoor VISSER (1967) een praktisch schema heeft opgesteld, dat men later bij de diagnosestelling kan benutten.

Men onderscheidt de "rubriek-, de symptoom- en waarschijnlijkheidsdiagnose" (OLIEBANS, 1969), die alle iets "voorlopigs" aanduiden en specifiek geacht kunnen worden voor de huisartsgeneeskunde, waarin vaak geen diagnose wordt gesteld, zoals bij de "self-limiting diseases". Bij de "individuele of integrale diagnose" (BREMER, 1972) wordt in principe met alle aspecten rekening gehouden, maar afhankelijk van de orde van belangrijkheid wordt de aandacht op een moment op één aspect gericht.

De "echelondiagnostiek" (BREMER, 1972) omvat het opstellen van een werkschema voor de huisarts bij de behandeling van een bepaalde patiënt of de oplossing van een bepaald probleem. In 1975 wordt door LAMBERTS het probleemgedrag in de eerste lijn geanalyseerd, waarbij de "probleemdiagnostiek" centraal staat en de leefproblematiek bij het arts-patiënt contact expliciet wordt besproken.

Vele auteurs hebben op de relatieve betekenis van de diagnose in het hulpverleningsproces gewezen en tevens op het feit, dat de patiënt om een diagnose vraagt. Zij beschrijven op een treffende wijze de moeilijkheden die daarbij kunnen ontstaan en de mogelijkheden om teleurstellingen te voorkomen door de arts-patiënt relatie op een juiste wijze te hanteren en daardoor somatisatie te verhinderen (BALINT, 1965; GROU e.a., 1981; STAM, 1982; IEMHOFF, 1979; VERHULST, 1974). De specifieke huisartsdiagnostiek heeft dus iets voorlopigs en moet gezien worden als een tijdelijke formulering van de gepresenteerde klacht of het probleem om te kunnen handelen (BREMER, 1972). Vaak wordt er geen diagnose gesteld. Belangrijker is het om een voorspelling over het beloop te kunnen geven. De essentiële betekenis van de prognose in het kader van het diagnostisch proces is door VAN DER VELDEN (1983) uiteengezet. Het beloop van de ziekte of stoornis en de kans op complicaties bepaalt in feite het hulpverleningsgedrag van de huisarts en ook het verwachtingspatroon van de patiënt is hierop gericht. Een praktische indeling van de diagnose naar "stadium" en "nauwkeurigheidsgraad" en naar niveau waarop het diagnostisch proces kan worden beëindigd heeft CROMBIE (1963, 1975) uitgewerkt, namelijk:

1. geen diagnose, wantoe hij ook de symptoomdiagnose rekent;
2. "voorlopige diagnose", inbegrepen de gevallen waar een alternatieve diagnose mogelijk is;
3. "eliminatiediagnose" waarbij alle mogelijke ernstige aandoeningen uitgesloten worden;
4. "definitieve diagnose".

Uit zijn onderzoek bleek, dat 1/3 van de patiënten wordt behandeld naar stadium: anamnese + gericht onderzoek en de helft van de patiënten zonder definitieve diagnose geholpen kon worden, hetgeen door OLIEBANS (1969) wordt bevestigd. Zowel BALINT (1965) als CROMBIE (1963) waarschuwden destijds reeds tegen een te rigoreus willen elimineren van aandoeningen, hetgeen tot het ontstaan van een "georganiseerde ziekte" kan leiden, wat men thans met "somatische fixatie" omschrijft. Nog steeds is de volgende opmerking van BALINT (1965) actueel: "De somatische diagnose heeft iets scherp en oefent, zowel op arts als patiënt, een kalmerende invloed uit. Over het hoofd zien van een somatische aandoening geeft bij de arts nog steeds een schuldgevoel".

Ook HORDER (1959) wees op de betekenis van psychogene symptomen en de weerstanden bij de arts om hierop in te gaan, van arts tot arts verschillend (interdokter-variatie).

Volgens DOKTER (1981) zijn het vooral onmachtgevoelens, boosheid, vooroordelen en angst om een somatische diagnose te missen, die bij de huisarts weerstanden oproepen. In dit verband is het artikel van POSTMA (1982) interessant, die de verwachtingen en belevingen van de patiënt beschrijft voor, tijdens en na het consult. Reeds eerder gaf hij (POSTMA, 1981^I) aan de huisartsen het advies om de eigen verdrongen (onmacht en almacht) gevoelens zelf te ervaren en de blinde vlekken te beleven.

Bij de diagnostiek van "psychische" stoornissen in de huisartspraktijk gaat het er voornamelijk om meer inzicht in de betekenis van de klacht voor de patiënt te krijgen en aan de mogelijke "neurotische symptomen" de juiste waarde toe te kennen. Tot dit inzicht komt men met behulp van de psychosociale anamneselijst van WEIJEL (1961), waarmee in de huisartspraktijk gegevens zijn te verkrijgen over:

1. opvallende psychische eigenschappen;
2. traumatische ervaringen in het verleden;
3. conflictsituaties en
4. gestoorde relaties t.a.v. sleutelfiguren.

Deze psychosociale anamnese is ook gehanteerd bij de selectie van de onderzoekpopulatie.

3.12 Psychiatrische aspecten bij het diagnostisch proces.

Het baanbrekend onderzoek vanuit de psychiatrische discipline van SHEPHERD e.a. (1966), waaraan 80 huisartsen uit 50 praktijken in Groot Londen hun medewerking verleenden, toonde de grote invloed van de interesse en de instelling van de betreffende huisartsen ten opzichte van psychische stoornissen bij de diagnostiek aan: de "interdoctor-variation". De korte duur van het contact met de patiënt (gemiddeld 5-10 minuten) en de onzekerheid van de arts weerhielden hen ervan psychogene factoren bij de anamnese te betrekken. Een bijzonder interessant onderzoek in het kader van deze studie is dat van GIEL/LE NOBEL (1971), waarbij het mogelijk bleek om "in een psychiatrisch interview van maximaal een half uur een aantal mensen uit een aselechte dorpspopulatie als psychisch gestoord te onderkennen, maar het was zeer moeilijk om de beoordeling in een diagnostische formulering samen te vatten"; in het gesprek met de huisarts bleken deze formuleringen niet verhelderend te werken. Daarom bepleit GIEL (1972^{II}) voor aanpassing van de psychiatrische terminologie aan de "praktijk van alle dag", hetgeen de communicatie tussen huisarts en psychiater zou bevorderen.

De huisarts wordt geconfronteerd met "ziektegedrag", vaak samenhangend met "welzijnsproblematiek", die moeilijk diagnostisch te omschrijven is en die volgens WEIJEL (1970) ook niet in een psychiatrische categorie kan worden ondergebracht, waaraan hij toevoegt: "De psycho-sociale nood presenteert zich meestal in vormommingen, verhuuld als lichamelijke klachten, in conflicten en in falen, die op een voor hen aangepaste wijze wordt voorgeschoteld, zowel aan psychiaters, huisartsen als advocaten en justitie. Welzijnsnood is psychosociale deficiëntie". IEMHOFF (1973) heeft er voor gepleit de begrippen psychosomatisch en psychosociaal te vermijden, het "psychisch" er uit te halen. Het werkt in het ene geval de "somatisering" en in het andere geval de "medicalisering" in de hand.

Hierop kwam veel kritiek los, waarbij LOOS/MEIJERS (1973) stellen, dat in de praktijk het grootste deel van de psychosomatische en psychosociale klachten berusten op "intrapsychische en relationele problemen", die niet het gevolg van veranderende maatschappelijke toestanden zijn. Eveneens uniek is het verslag van GOLDBERG/BLACKWELL (1970), omdat de bij het onderzoek ingeschakelde huisarts een psychiatrische opleiding had genoten en dus sterk gemotiveerd en capabel was om emotionele stoornissen waar te nemen. Toch bleek ook hij zich bij 1/3 van de psychische stoornissen niet bewust te zijn van een psychisch dysfunctioneren, daar deze als een somatische klacht werden gepresenteerd en deze psychiatrisch geschoolde huisarts in de hem toegemeten tijd van 10 tot 15 minuten er niet in slaagde de emotionele stoornis aan het licht te brengen. Deze niet herkende patiënten waren echter vanuit psychiatrisch oogpunt beoordeeld niet minder ernstig gestoord dan de gepresenteerde gevallen, waarbij de psychiatrische diagnose wel direct werd gesteld. Dit toont duidelijk aan hoe moeilijk het in de huisartspraktijk is om psychische stoornissen tijdig te onderkennen. Door BRODATY e.a. (1982) werd dit nog eens bevestigd door middel van een onderzoek met de General Health Questionnaire. Noch de aard van het gepresenteerde symptoom, noch de duur van het consult bij de presentatie van psychische stoornissen hadden een positieve invloed op het diagnostisch proces.

3.13 Enkele opmerkingen ten aanzien van de psychiatrische diagnose.

Over dit thema zijn van psychiatrische zijde vele publicaties verschenen (KUIPER, 1967^I; VAN DER WAALS, 1963; MENNINGER, 1967; RUMKE, 1969; BAKKER, 1984). Het artikel van ABRAHAM (1978) over de verklarende diagnose in de psychiatrie geeft de huisarts een verhelderend beeld van deze problematiek. Het ligt geenszins in de bedoeling hierover een oordeel te geven; ons interesseert alleen de daaruit te trekken consequenties voor de huisartsgeneeskunde. Door MENNINGER (1967) is een poging ondernomen om de diagnose, als resultaat van psychiatrisch onderzoek, in een begrijpelijke taal uit te drukken. Hij stelde 5 verschillende adaptie-niveaus voor, waarmee een toenemend psychisch dysfunctioneren tot uiting wordt gebracht. Dysregulatiestadia:

1. nervositas;
2. neurotische syndromen en persoonlijkheidsontwikkelingen;
3. ernstig agressief gedrag;
4. extreme toestanden van desintegratie en regressie;
5. ernstige angsttoestanden en melancholie met suïcidaliteit.

Hoewel dit een handzaam voorstel lijkt, hebben KUIPER (1970) en VAN DER WAALS (1963) bedenkingen, daar er een aantal syndromen bestaan die niet in elkaar overgaan, bijvoorbeeld waarbij bewustzijnsstoornissen centraal staan. Over het diagnostiseren heeft RUMKE (1969) vele praktische aanwijzingen gegeven, waarvan voor de huisartsgeneeskunde de volgende opmerkingen de moeite waard zijn om in gedachten te houden:

Diagnostiseren is interpreteren van (psycho)pathologische verschijnselen, hetgeen altijd in relatie tot iets anders moet geschieden. Indien men de tijd heeft kan men beter een voorlopige diagnose stellen, om daarna na te gaan in welke rubriek de patiënt thuis hoort, daar men anders gevaar loopt alleen te zien wat bij een definitieve diagnose hoort en daaraan waarde te hechten.

Men moet de beginsymptomen herkennen, vooral letten op de vorm van de ziekte-toestand en op het contact en minder op de door de patiënt geuite klachten (inhouden waarmee de patiënt zich bezig houdt), daar men anders het gevaar loopt een exogeen syndroom te miskennen. M.i. zeer terecht waarschuwt RUMKE voor het "ervaringsfeit", dat, indien men één betrekking van de diagnose duidelijk heeft herkend, het uiterst moeilijk is om ook andere te zien, des te meer, indien men sterk gemotiveerd is voor een bepaald onderzoek.

Tot slot wordt in het kort de aandacht gevestigd op de belangrijke analyse van het diagnostisch proces door ROOIJMANS (1969), waarbij de "betrouwbaarheid" van de psychiatrische diagnose centraal staat en tevens aan het "vooordeel" uitvoerig aandacht wordt besteed. Volgens Rooijmans zijn de meeste psychiatrische diagnoses "rubriek-diagnosen"; hierbij wordt een lage betrouwbaarheid en validiteit gevonden. De multiconditionaliteit is de oorzaak van de "vaagheid" en "ongrijpbaarheid" van de psychiatrische diagnose.

Voor de huisartsgeneeskunde is de "diagnostische stijl" van belang, waaronder men de wijze waarop men tot de rubriek diagnose komt, verstaat. Hierbij kan men drie mogelijkheden onderscheiden: a) intuïtieve; b) planmatig-systeematische en c) verzandende aanpak, terwijl er veel informatie wordt ingewonnen in verband met "dekking tegen risico's". Hiermee wordt het begrip "vooordeel" in het onderzoek betrokken, waaronder ROOIJMANS (1969) verstaat: "een onmiddellijk zeer snel gevormd oordeel, voordat men toegang tot de gegevens heeft gehad". Dit bepaalt de "blikrichting" van waaruit de informatie wordt bekeken, doch de blikrichting zelf is ook als een bias aan te duiden. Men kan volgens Rooijmans twee grondhoudingen onderscheiden, namelijk óf de patiënt is ziek, óf de patiënt is gezond, en het tegendeel moet bewezen worden.

Verder zijn er twee soorten van "vooroordelen":

- A. "Algemene", door iedereen gedeelde vooroordelen:
 - 1. gebaseerd op een bepaald verwachtingspatroon;
 - 2. diagnostisch vooroordeel na geringe informatie, gebaseerd op overdraagbare kennis en op "ervaring".
- B. "Individuele vooroordelen", gebonden aan de:
 - 1. persoonlijkheidsstructuur;
 - 2. theoretische stellingname;
 - 3. doel waartoe men diagnostiseert;
 - 4. sympathie-antipathiegevoelens, waardoor men bij bepaalde personen aarzelt om een bepaalde diagnose te stellen.

Uit dit onderzoek van ROOIJMANS (1969) blijkt tevens, dat de psychiatrische diagnose sterk "individueel bepaald" is; op weinig gegevens doet men reeds een diagnostische "keus", waarin later toegevoegde gegevens slechts weinig verandering aanbrengen.

Vooroordelen kunnen eveneens opgewekt worden door:

- a. de "eerste indruk", de algemene houdings- en bewegingspatronen;
- b. de "persoonsskenmerken": leeftijd, beroep, sociale laag (minste invloed).

Uit het onderzoek kwam verder naar voren, dat bij praktisch ingestelde artsen de voorkeur uitgaat naar "therapeutisch" beïnvloedbare diagnoses, en dat de "interdoctor variation" het kleinst is bij psychiatrische aandoeningen met desintegratietoestanden en het grootst bij de "neurosen" en persoonlijkheidsstoornissen.

Het "kenmerk" van "vooroordelen" is, dat deze "blinde vlekken" geven en vooral een kans krijgen in gevallen waar een zekere twijfel mogelijk is. Aansluitend op de gegevens uit de studie van Rooijmans is een korte bespreking van het Nederlandse onderzoek (VERHAAK, 1981) naar de "interdokter-variantie" en de verandering in de "opvattingen" van huisartsen aangaande psychische stoornissen/ nerveus-functionele klachten na "samenwerking" met een "psycholoog" de moeite waard.

Dit onderzoek leverde enkele voor de huisartsgeneeskunde belangrijke bevindingen op:

1. het oordeel van de arts over de aard van de klacht is een kenmerk, dat gedurende een omschreven tijdspanne "stabiel" is en van arts tot arts verschilt;
2. tijdens de samenwerking met de psycholoog gaat de arts meer psychosociale problematiek waarnemen, doch dit effect verdwijnt bij de meeste artsen later weer;
3. met de VEOG-lijst als meetinstrument werd vastgesteld, dat er een objectiveerbaar psychosociaal klachtenaanbod is, "niet" verschillend tussen de praktijken onderling.

Tevens zijn de volgende veronderstellingen interessant in het kader van ons onderzoek:

1. psychosociale problematiek is waarschijnlijk een wijze van interpreteren en definiëren van de kant van de arts;
2. juist "vagere" klachten tengevolge van psychisch dysfunctioneren geven meer mogelijkheden tot eigen interpretatie en selectieve waarneming;
3. het etiketteren van het begrip "psychische stoornis" hangt meer af van degene die de label opplakt, dan van degene die hem opgeplakt krijgt;
4. de psychosociale klacht is door de "vaagheid" minstens evenveel "arts-gebonden" als "patiënt-gebonden".
5. Zelfs bij meer eensluidende klachtenpatronen betreffende somatische aandoeningen treedt een diversiteit in presentatiecijfers op; het minst bij infectieziekten;
6. ook de ernst van de klacht wordt door de diverse artsen anders beoordeeld (VAN EIJK, 1979).

Ook in de studies van SHEPHERD (1966), OLIEMANS (1969), LAMBERTS (1982) en VOORN (1983) wordt de omvang van dit probleem bij het huisartsgeneeskundig onderzoek en de variatiebreedte van deze "interdoctor variation" duidelijk aangetoond.

3.14 Het "dilemma" waarvoor de huisarts staat bij de "diagnostiek" van de psychische stoornissen en functionele klachten.

Door vele auteurs is gewaarschuwd voor de eenzijdige aandacht voor psychische stoornissen, meestal aan de hand van schokkende ziektegeschiedenissen (KOERSELMAN, 1981; ABRAHAM/RAGGERS-VAN DER WAAL, 1972; SPEIJER, 1966; JOHNSON, 1968; DE JONGHE, 1976; LUYENDIJK, 1976; EYSBERG/VAN REE, 1977; POSTMA, 1982 en POST, 1982). Deze kunnen berusten op zowel een te grote belangstelling voor psychosociale problematiek als op de hierboven genoemde vooroordelen. Doch hoewel het omgekeerde veel vaker voorkomt - denk aan de somatiseringsprocessen - wordt over de "rampzalige gevolgen van het miskennen van psychische problematiek" minder vermanend geschreven (POLS, 1973).

Over dit "somato-psychisch dilemma" heeft POLS (1973) een verhelderend artikel geschreven, dat aan actualiteit voor de huisartsgeneeskunde nog niets heeft ingeboet. Hij waarschuwt voor een te rigoreus opnemen van een psychosociale anamnese en vooral voor de interpretatie daarvan t.o.v. de patiënt. Twee belangrijke stellingen zijn:

1. het is alleen mogelijk een psychische stoornis aan te tonen door onderzoek van de psyche;
2. men kan nooit door een lichamelijk onderzoek het bestaan van een psychische stoornis bewijzen of door psychiatrisch onderzoek een lichamelijke stoornis uitsluiten.

Vooraf interessant is, dat er zich door de ongrijpbaarheid van deze categorie patiënten en hun onberekenbare gedrag een onbewuste afweer t.a.v. deze patiënten zowel bij de arts als bij de omgeving ontwikkelt (SPEIJER, 1966; KUIPERS, 1980; DIJKHUIS, 1980; DOKTER, 1981). Steeds blijkt weer, dat de huisarts geneigd is somatische symptomen te laten prevaleren boven aanwijzingen dat er een psychisch dysfunctioneren in het spel is, waardoor er relatief minder psychische stoornissen worden gerubriceerd dan er in werkelijkheid zijn (MORRELL, 1972). Hieraan kan men met POLS (1973) toevoegen "dat psychisch ziek zijn wordt beleefd als ziek zijn door eigen schuld, door gebrek aan doorzettingsvermogen of door eigen tekortschieten". De meeste artsen hebben meer het gevoel tekortgeschoten te zijn bij het missen van een lichamelijke diagnose, dan bij psychosociale problematiek, waarbij men het eigen falen aan de patiënt wijt. Bij de diagnostiek in de huisartspraktijk gaat het vaak om de vraag betreffende "errors of commission" (iets doen wat niet nodig is) of "errors of omission" (iets niet doen wat wel nodig is) REERINK (1980). Uit een onderzoek van POSTMA (1980) blijkt, dat huisartsen zich behoorlijk zeker voelen, indien zij een oordeel moeten geven in hoeverre er een somatische aandoening aanwezig is. De "vaagheid" van de "klacht", de onduidelijke hulpvraag, blijkt een groot probleem in de huisartsgeneeskunde te zijn. Het dilemma in hoeverre een chronische psychosociale stress-situatie of een somatische aandoening het klachtenpatroon bepaalt, blijft de arts achtervolgen. Het dysfunctioneren van het vegetatieve systeem en daarmee gepaard gaande emotionele expressie van angst, onrust, verdriet, opstandigheid, frustratiegevoel of psychogeen bepaalde pijn zonder duidelijk objectiveerbare afwijkingen moeten afgewogen worden tegen de mogelijkheid van een zich ontwikkelende organische aandoening (BECKING, 1979). Ook de relatie van een psychosociale conflictreactie met een psychogeen bepaalde vage klacht wordt steeds belangrijker en wordt met de dag vaker gepresenteerd. De "ziektebeleving" door de patiënt heeft natuurlijk grote invloed op de vaagheid van de klacht. Men heeft reeds een vragenlijst ontworpen om deze te meten, (DIJKHUIS e.a., 1982), met name t.a.v. het ernst-aspect. Voor de huisarts moet het duidelijk zijn, dat de betekenis van het klagen gelegen is in de wijze van communiceren en dat men klagen als gedragsvorm moet onderscheiden van de inhoud van de klacht (MEININGER, 1975). Men moet goed bedenken, dat de patiënt geen "inzicht" in zijn klacht behoeft te hebben (VAN DEN BERG, citeert BROUWER, 1967) en kan herstellen zonder zich bewust te worden van de verbanden die anderen wel of niet zagen (VAN LITH DE JEUDE, 1965).

3.15 Conclusie.

Er lijkt een essentieel verschil te bestaan tussen de diagnostiek in de huisartspraktijk en die in andere disciplines in de geneeskunde, in het bijzonder die in de psychiatrie. Vooral de "tijdsfactor" en de meestal reeds bekende "achtergrondinformatie", alsmede het "verwachtingspatroon" speelt hierbij een belangrijke rol. In de "medische situatie" dient men zich af te vragen: waarom klaagt deze patiënt en waarom komt hij nu en juist bij mij?

Bij psychisch dysfunctioneren is het "communicatieve" aspect bij het klagen essentieel en tevens zal hierbij de "drempelvrees" groter zijn dan bij de presentatie van somatische aandoeningen. De "vaagheid" van de "klacht", die irriterend kan werken op de arts is een kenmerk voor de presentatie van psychisch dysfunctioneren en wordt in de hand gewerkt, indien het communicatieve aspect van de klacht gering is of niet wordt onderkend. Tevens is dit een aanwijzing voor het beleven van de klacht door de patiënt. De klachten t.g.v. psychosociale (welzijns) problematiek zijn door de vaagheid zowel "arts-gebonden" als "patiënt-gebonden".

Voor het "oordeel", dat de blikrichting bepaalt van waaruit de informatie wordt bekeken en dat tot blinde vlekken aanleiding geeft, moet de arts steeds beducht zijn: vooral in twijfelgevallen krijgt dit vooroordeel zijn kans. Een algemeen voorkomende "afweershouding" t.o.v. de presentatie van psychische stoornissen en functionele klachten wordt zowel bij artsen als bij de omgeving van de patiënten en sleutelfiguren vastgesteld. Bij de duidelijk psychosociale hulpvraag gaat het gewoonlijk om relatiestoornissen, invloed van psychische conflicten en separatieverwerking. De angst om somatische afwijkingen over het hoofd te zien, wat als een met schuldgevoel beladen omissie wordt ervaren, blijft het "dilemma" bij de diagnostiek. Het leren accepteren van onzekerheden blijft een voorwaarde voor het kunnen blijven functioneren als huisarts.

3.2 De arts-patiënt relatie (interactie) in de medische situatie bij de ontmoeting met de psychisch dysfunctionerende mens.

3.20 Oriëntatie.

Zowel vanuit sociologisch/psychologisch als medisch perspectief wordt de arts-patiënt relatie de laatste 30 jaar intensief benaderd, waarbij de gedragswetenschappen aanvankelijk de grootste bijdragen leverden (PARSONS, 1951; FREIDSON, 1961; BLOOM, 1963; MECHANIC, 1968). Zij beschrijven de interferentie van de drie sociale systemen, het leken-, het professionele en arts-patiënt systeem in samenhang met het totale samenlevingssysteem. Hierbij worden de "rol- en verwachtingspatronen" nader geanalyseerd, later uitgewerkt voor de huisarts-patiënt relatie door NUYENS (1971), CASSEE (1969, 1973) die de verwachtingspatronen van de patiënt t.a.v. de huisarts onderzocht. PERSOON (1975) betrok zowel de verwachtingspatronen als de verandering in de huisarts-patiënt relatie in zijn onderzoek en stelde vast, dat men een latente conflictsituatie mag verwachten in de arts-patiënt relatie. Vanuit het medische referentiekader, vaak in samenwerking met gedragswetenschappers komen SZASZ en HOLLENDER (1956) met een studie over de arts-patiënt relatie,

waarbij het begrip "relatie" als een novum in de geneeskunde wordt betiteld en vanuit drie basismodellen de algemene kenmerken van de relatie worden beschreven. De introductie door WEIJEL (1961) van het begrip "medische situatie" waarmee aangeduid wordt, dat het individu zich uitdrukkelijk tot de arts richt als het adres waartoe men zich met klachten kan wenden met de zekerheid, dat er bepaalde gedragsregels gelden en de medicus niet persoonlijk wordt aangesproken, wordt voor vele auteurs aanleiding om de arts-patiënt interactie in deze situatie nader te onderzoeken, waarvan vooral BALINT (1961, 1965, 1966) de therapeutische aspecten heeft belicht en de betekenis voor het somatiseringsproces. Vervolgens worden er een aantal artikelen en monografieën gepubliceerd, al of niet in samenwerking met de sociologisch/psychologische discipline, die er op gericht zijn om de door de gedragswetenschappen aangedragen gegevens, voor de huisartspraktijk toegankelijk te maken (BROWNE/FREELING, 1967; CASTELNUOVO-TEDESCO, 1965; BROUWER/DIJKHUIS, 1967; PIERLOOT, 1972; NIEUWENHUIZEN, 1959, 1960; BROUWER, 1969; JOSTEN, 1965; CRISP, 1970; BALINT E., 1967; WESTREENEN, 1966, VAN AALDEREN/VAN DEN HOUT, 1971; DOKTER, 1969; DOKTER/VOORHOEVE, 1962). Deze belichten vooral de hantering van de huisarts-patiënt relatie en de therapeutische aspecten ervan (VAN LITH DE JEUDE, 1971). Voor de huisarts is eveneens de relatie met het primaire leefmilieu, het gezin, belangrijk, waarop door MERTENS e.a. (1973), GROL e.a. (1981), SMITS/VAN MIERLO (1975), de aandacht wordt gevestigd. Over de theoretische aspecten van de intermenselijke communicatie is een omvangrijke literatuur verschenen, doch in het kader van deze studie worden slechts de opvattingen van WATZLAWICK e.a. (1966), door BIERKENS (1975) in het kort uiteengezet, overgenomen en bij de algemene kenmerken van de medische situatie besproken. De belangrijkste richtlijnen bij de gespreksvoering worden ontleend aan GARRETT (1970), MUSAPH (1967 I-II, 1974) en WEIJEL (1961, 1965).

3.21 Enkele voor de huisarts belangrijke algemene aspecten van de arts-patiënt relatie in de medische situatie.

Ondanks de tendens tot nivellering, verzakelijking en rationalisatie in de samenleving wordt aan de arts nog steeds een zeker imago toegekend, dat vooral voor de psychisch gedecompenseerde patiënt geldt. Vooral in crisissituaties met angstbeleving geeft de patiënt zich vaak op een primitief-infantiele wijze aan de arts over, waardoor de emotionele beleving van de relatie versterkt wordt. De verschillende referentiekaders van waaruit patiënt en arts elkaar ontmoeten, vanwege sociale afkomst, leeftijd, geslacht en sociale positie beïnvloeden de communicatie, vooral de onbewuste processen in de relatie arts-patiënt. De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt hangt van de wederzijdse verwachtingen en beeldvorming af, terwijl de arts eerder dan de patiënt de toon van het contact aangeeft, die weer primair bepaald wordt door de grondhouding van de arts, de motieven die de arts bewegen bij de uitoefening van zijn beroep. Indien men zich naast de patiënt opstelt met "empathie", "achting" en "echtheid", spreekt LEHMANN (1972) over een horizontale relatie in de arts-patiënt relatie; van een verticale indien de arts zich tegenover de patiënt opstelt en alleen vragen beantwoordt. Het voornaamste is dat een bepaalde grondhouding ontwikkeld kan worden.

Ten opzichte van andere medische disciplines onderscheidt de huisarts-patiënt relatie zich volgens VAN NIEUWENHUYZEN (1959, 1960) door de volgende factoren:

1. het gemakkelijk en in grote vrijheid tot stand komen van het contact;
2. door de reeds bestaande continue relatie kan iedere nieuwe medische situatie gemakkelijk gerealiseerd en weer beëindigd worden, waarna de algemene relatie zich kan herstellen;
3. de huisarts heeft tevens een relatie met de patiënt in gezinsverband, hetgeen de achtergrondinformatie ten goede komt, maar ook gevaren inhoudt, zoals het betrokken worden in de onderlinge interactie der gezinsleden;
4. door de reeds lang bestaande relatie is het voor de huisarts mogelijk om de klacht of psychische stoornis in betrekkelijk korte tijd te plaatsen binnen het reactiepatroon van de persoonlijkheid;
5. de huisarts behoudt zowel in als na beëindiging van de medische situatie de medeverantwoordelijkheid voor het beloop van het gerepresenteerde toestandsbeeld.

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve huisarts-patiënt relatie is, dat deze voor een groot gedeelte functioneel is (d.w.z. het doel waarvoor de relatie is aangegaan prevaleert), de personele relatie moet zoveel mogelijk worden voorkomen (de "ich-du" verhouding) daar anders de distantie verloren gaat (VAN AALDEREN/VAN HOUT, 1971). Door RUMKE kernachtig uitgedrukt: "Maximaal benaderen met behoud van distantie". De presentatie van de "zondebok-figuur" en de "Child as the presenting symptom" zijn unieke mogelijkheden in de huisartspraktijk om de medische situatie te betreden. De continuïteit van de relatie vereist een voortdurend alert zijn op spanningen in de relatie om het vertrouwen te behouden en vooroordelen zoveel mogelijk te reduceren.

3.22 Enkele aspecten ten aanzien van gedrags- en verwachtingspatronen bij de (huis)arts-patiënt relatie.

De arts-patiënt relatie kan als een socio-cultureel bepaald systeem worden beschouwd. In sociologisch perspectief worden de communicatieve interacties ingedeeld naar vorm (verbaal-nonverbaal), naar aard en inbreng (het inhoudsaspect) en naar de persoonlijke betekenis van de relatie (het betrekkingaspect).

1. Men kan de arts-patiënt relatie ook benaderen vanuit het "rolconcept", de interferentie van de verschillende rollen op grond van maatschappelijke positie en de "patiëntenrol", die kan leiden tot "rolconflicten". De "ziekerol" kan omschreven worden als een geheel van institutionele verwachtingen met rechten en plichten, waaraan het individu moet voldoen. De "patiëntenrol" is een gelegitimeerde mogelijkheid om tijdelijk aan rolverplichtingen en verantwoordelijkheden te ontsnappen. De rol van zieke behoeft dus niet samen te vallen met de rol van patiënt, het gaat bij de laatste slechts om het ontlopen van moeilijkheden via de medische kanalen.

Uit de omschreven modellen van PARSONS (1951) en BLOOM (1963) komt de asymmetrie van de arts-patiënt relatie duidelijk naar voren, hetgeen veroorzaakt wordt door de totaal verschillende referentiekaders van waaruit de problematiek beoordeeld en gehanteerd wordt (FREIDSON, 1961) en de specifieke kenmerken van de "artsenrol", zoals door PARSONS geanalyseerd: a) verworven positie, b) functionele specificiteit, c) universele normen t.a.v. patiëntenbenadering, d) affectieve neutraliteit, niet door emotionaliteit gekenmerkt (geciteerd naar PIERLOOT, 1972).

De arts dient zich te hoeden voor "rolvervalsing" door de hierin vastgelegde gedragscodes te doorbreken, de distantie te nivelleren. De rollen van arts en patiënt zijn op zijn gunstigst complementair, waarbij beiden rechten hebben t.o.v. elkaar. MERTENS e.a. drukken dit kernachtig uit in de volgende samenvatting (1973): "De feitelijke sociale structuur van de arts-patiënt relatie moet gezien worden als een compromis tussen enerzijds een "rolverwachtingspatroon" (weinig gestructureerd) van de patiënt en anderzijds een "normatief rolvoorschriftenpatroon" van de arts". Een dergelijke potentiële conflictsituatie wordt in evenwicht gehouden door het bestaan van normen die de relatie beschermen.

2. Deze spanningsverhouding hangt samen met de "verwachtingspatronen" waarmee patiënt en arts elkaar tegemoet treden. Door CASSEE (1969) is een onderzoek ingesteld naar de tevredenheid van de patiënt en het gedragspatroon van de huisarts, waarbij bleek, dat deze voor alle sociaal-economische schalen groot genoemd kon worden. Opmerkelijk was, dat typisch medisch gedrag (instrumenteel optreden) niet bijdraagt tot een grotere tevredenheid, evenmin als het informatief en diffuus (contact buiten het medische vlak) optreden. Evenmin bleek er een significante relatie tussen tevredenheid en de arts-patiënt-contactfrequentie, zowel t.o.v. de hogere als de lagere sociaal-economische klasse. Ook uit het onderzoek van PERSOON (1975) komt naar voren, dat er een discrepantie bestaat tussen hetgeen de patiënt van de arts verwacht en wat de arts kan doen. Hij stelt: "dat een zekere mate van onvrede een structureel gegeven is van de arts-patiënt relatie". Wel is er een tendens tot verbetering van de arts-patiënt relatie in die zin, dat de negatieve beleving van deze relatie door de lagere sociaal-economische klasse verbetert. Het beeld van de huisarts over het normatieve verwachtingspatroon van de patiënt geeft ook een discrepantie te zien. Hij overschat deze in sterke mate t.o.v. alle milieus en eveneens de feitelijke verwachtingen t.o.v. de zelfstandige en arbeidersmilieus. De huisartsen onderschatten de normatieve verwachtingen met betrekking tot de communicatie bij het arbeidersmilieu, hetgeen niet geldt voor de feitelijke communicatie. Met betrekking tot de normatieve verwachtingen t.a.v. de professionele roeping onderschatten de huisartsen deze t.o.v. het academisch en zelfstandig middenstandsmilieu meer dan t.a.v. het arbeidersmilieu. Volgens MERTENS e.a. (1973) wordt de afhankelijkheid en de passiviteit van de patiënt in de medisch-sociologische literatuur te veel benadrukt. In een enquête-onderzoek door MECHANIC (1968) onder 350 respondenten t.a.v. het verwachtingspatroon t.o.v. de arts werd de "interesse" van de arts in de problematiek van de patiënt van doorslaggevende betekenis genoemd voor een goed functionerende arts-patiënt relatie.

Bij de opbouw van de huisartspraktijkpopulatie zal dit mechanisme van rolinterferentie en de mate van overeenstemming in elkaars verwachtingspatronen van grote invloed zijn en dus ook op de in deze studie betrokken onderzoekpopulatie, want iedere huisarts krijgt tenslotte de patiëntenpopulatie die hij verdient. Op welke gronden de huisarts wordt gekozen is in Nederland nader onderzocht door Persoon (1974) als deelonderzoek van "onderzoeken rond een pseudo-groepspraktijk" (Huygen e.a., 1974), waaruit bleek, dat naast de competentie, het plezierig in de omgang en vriendelijk zijn op de eerste plaats komen. Openhartigheid, eerlijkheid en belangstelling voor gezinsproblemen scoorden ook hoog. Dat de huisarts in de buurt woont werd door 75% van de geënquêteerde patiënten van belang geacht. Van relatief weinig betekenis waren kenmerken als ras, geslacht, gehuwd zijn, praktijkgrootte en het veel geneesmiddelen voorschrijven.

3.23 Bespreking van enkele psychodynamische aspecten die bij de beoordeling van de (huis)arts-patiënt relatie van belang zijn.

De "onbewuste processen" in de intermenselijke relatie en dus ook in de arts-patiënt relatie beheersen natuurlijk op essentiële wijze de medische situatie en vormen het geheim van de juiste benadering van de patiënt, dat tot uitdrukking komt in het woord: "geneeskunst", waarvoor geen omschrijving mogelijk is. Ook voor de niet-psychiatrisch werkzame arts is kennis van de "afweermechanismen", die in elk contact tussen normale, maar zeker bij psychisch dysfunctionerende, personen werkzaam zijn, onontbeerlijk. Alleen hierdoor kan men een indruk krijgen over de patiënt en mogelijk over diens gevoelens ten opzichte van de arts. Deze afweermechanismen zijn in het kader van de gesprekstechniek uitvoerig beschreven door MUSAPH (1967^I) en in verband met de neuroseproblematiek door KUIPER (1967^{II}). In de psychoanalyse hanteert men een aantal begrippen die deze non-verbale onbewuste communicatie verduidelijken en waarvan ook de (huis)arts terdege op de hoogte dient te zijn om niet in de medische situatie, vooral bij psychisch gedecompenseerde patiënten, te worden gemanipuleerd. Hiertoe behoren de "overdrachtsverschijnselen", waaronder men de neiging verstaat om in een nieuwe situatie te reageren met gedrags- en gevoelspatronen, die ontleend zijn aan een doorleefde ontmoetingssituatie met sleutelfiguren uit de vroegere jeugd. Onbewust herkennen wij bij bepaalde mensen eigenschappen van die sleutelfiguren en dat bepaalt onze sympathieën en antipathieën, (geciteerd naar MUSAPH, 1967). De hulpverlener krijgt eveneens bepaalde voor het eigen gevoelsleven specifieke gevoels- en gedragspatronen mee, die "tegenoverdrachtsverschijnselen" veroorzaken. PIERLOOT (1972) wijst er op, dat men bij de beoordeling van de tegenoverdracht er rekening mee moet houden, dat ook de keuze van het artsenberoep door vroegkinderlijke affecten en conflicten mede wordt bepaald. Ook de wijze van optreden tegenover patiënten en patiëntencategorieën wordt eerder door deze tegenoverdracht verklaard, dan door de actuele medische situatie (stereotypieën en "bedside manners"). Volgens PIERLOOT (1972) worden de overdrachtsverschijnselen in de medische situatie vergemakkelijkt door het geregelde arts-patiënt contact in de loop der jaren en door het overheersen van de non-verbale elementen in de relatie, het lichamelijk onderzoek, dat van grote betekenis moet worden geacht.

De gevoelens bij de overdracht kan men benoemen als "positief", indien uit het samenspel van gevoels- en gedragspatronen sympathie, genegenheid, afhankelijkheid en liefde blijken of "negatief", indien gevoelens van antipathie, afkeer, wantrouwen en haat de overhand hebben, doch daar deze steeds gemengd voorkomen spreekt men van het "ambivalente karakter" van de overdrachtsverschijnselen (MUSAPH, 1967^I).

Enkele karakteristieke verschijnselen bij de overdracht en van betekenis voor een juiste inschatting van de arts-patiënt relatie zijn, geciteerd naar MUSAPH (1967^I):

- a. dat bepaalde overdrachtsverschijnselen pas na een bepaalde binding met de gesprekspartner manifest worden, hetgeen in de huisarts-patiënt relatie meestal het geval is;
- b. het "ageren", waarbij de patiënt zijn overdracht uitleeft aan en op een figuur uit de omgeving van de arts, de echtgenoot of de assistente.
- c. De "negatieve tegenoverdracht" kan zo sterk zijn, dat men een ernstig lijden over het hoofd ziet of daardoor een "Fehlleistung" begaat bij het voorschrijven van een recept. Ook de ontwikkeling van "blinde vlekken" berust op het verschijnsel van de tegenoverdracht.
- d. Door onopgeloste conflictsituaties uit de vroege jeugd mist men het vermogen om een gevoelswarm contact op te bouwen met bepaalde categorieën patiënten, waardoor een "zwakke plek" in het sociale contact kan optreden.

De "affectieve relatie", die tot stand komt op grond van de bovengenoemde psychodynamismen van de overdracht en tegenoverdracht, kan zich uiten in positieve en negatieve gevoelens, waarbij echter "ambivalentiegevoelens" vaak overheersen. Deze bepalen in doorslaggevende mate het adequaat functioneren van de (huis)arts in de medische situatie. Deze affectieve relatie, waarbij dus de gevoelens de relatie beheersen, berust op vaak onbewuste verwachtingspatronen van de patiënt, samenhangend met de vroege jeugd. Zij kan door de arts worden gehanteerd, mits hij zich zelf bewust is van zijn eigen agressies, frustraties en onzekerheden (VAN AALDEREN/VAN DEN HOUT, 1971) en eigen emotionaliteit. De arts moet adequaat reageren op de expressie van de patiënt, daar de gevoelsmatige beïnvloeding van het gesprek voor de arts waarschijnlijk veel groter is dan hij zich zelf bewust is (BROUWER/DIJKHUIS, 1967). Reeds bij de keuze van de huisarts speelt de gevoelsmatige affiniteit een grotere rol dan de deskundigheidsverwachting, daar de patiënt deze beoordeelt vanuit de emotionaliteit. Door POSTMA (1981^I) wordt er in dit verband terecht op gewezen, dat "het aan den lijve ervaren van b.v. eigen verdrongen onmacht/almachtgevoelens en grootheidsfantasieën" de huisarts beter helpt om de "blinde vlekken" te gaan beleven dan allerlei nieuwe behandelingstechnieken. Door vele auteurs wordt aan de "affectieve neutraliteit" bij de ontmoeting met de patiënt de voorkeur gegeven. Hierbij geeft de arts aan de gevoelens die de patiënt of de aandoening bij de arts oproepen, geen uiting; hij houdt ze onder controle om de relatie, vooral op langere termijn te kunnen blijven hanteren.

3.24 Bespreking van enkele facetten die bij de beoordeling van de (huis)arts-patiënt relatie bijzondere aandacht verdienen, omdat er signalen van een dreigende verstoring van deze relatie in de medische situatie van uit kunnen gaan.

In een kort puntsgewijs overzicht zal getracht worden de belangrijkste "psychodynamische facetten" in de huisarts-patiënt relatie met betrekking tot de "therapeutische relatie" te bespreken.

1. Op psychisch dysfunctionerende patiënten en op de presentatie van psychiatrische aandoeningen blijkt de (huis)arts vaak met "negatieve gevoelens" te reageren, doch huisartsen met een groot bestand aan patiënten met chronisch klaaggedrag neigen daar minder toe (WOODCOCK, 1970).
2. Ook kon een verband tussen de aard der somatische aandoening en de gevoelsinstelling van de huisarts worden aangetoond (JOYCE, 1970). Gastro-intestinale, metabolische en dermatologische aandoeningen gaan meestal bij het eerste contact gepaard met "positieve" gevoelens, doch bij herhaald contact treedt er in de helft van de gevallen een "verschuiving" naar een "negatieve" relatie op.
3. Bij psychische stoornissen wordt tweemaal zo vaak een "negatieve" arts-patiënt relatie geconstateerd dan bij somatische aandoeningen (JOYCE, 1970). De gevoelsrelaties met "nerveuze patiënten" zijn in het begin vaker negatief gekleurd dan bij andere categorieën patiënten, doch zij verslechteren "niet" in het "beloop" van de "relatie".
4. Indien de houding van bepaalde patiënten onbegrijpelijk voorkomt, moet men aan "ambivalente (tegengestelde) gevoelens" denken, die onbewust, veroorzaakt door een onopgelost conflict in de vroege jeugd, aanleiding geven tot "tegengesteld gedrag"; zoals raad niet opvolgen, wel plannen voorstellen, maar niet uitvoeren, etc. Vooral bij psychisch slecht geïntegreerde persoonlijkheden treedt dit vaak op.
5. Eenzelfde verschijnsel ziet men bij "negatieve" gevoelens, die "vaker verborgen" worden gehouden dan positieve, b.v. uit een gevoel van beleefdheid. Zij komen aan het licht door b.v. een afspraak niet na te komen; fouten maken.
6. Indien de arts zich "bedreigd" voelt door "provocerend" gedrag (waar vaak onzekerheid achter schuilt) of door de "niet-coöperatieve" patiënt, reageert hij met "negatieve" gevoelens.
7. Door VAN DEN BERG (1970 II) wordt opgemerkt, dat "een relatie gestoord kan worden door een "teveel" aan "positieve" gevoelens, terwijl zowel positieve als negatieve gevoelens tijdens de relatie "niet" constant blijven en elkaar zelfs kunnen versterken".
8. Het "verwachtingspatroon" van de patiënt t.a.v. de arts wordt bepaald door behoeften van de patiënt in de vroege jeugd aan warmte en waardering. Indien aan deze verwachtingen in de medische situatie niet wordt voldaan, zal de patiënt met "teleurstelling" en "rancune" reageren, evt. de "relatie afbreken" (CASTELNUOVO-TEDESCO, 1965).
9. Als de arts niet in staat is om de arts-patiënt relatie te hanteren, zal hij onbewust een "afweerreactie" benutten die de praktijk hem aanreikt, namelijk het uitschrijven van een "recept", waarmee de relatie kan worden beëindigd en de therapeutische machteloosheid gecamoufleerd (WESTRENN, 1966).

10. Door VAN AALDEREN/VAN DEN HOUT (1971) worden enkele ongewenste reacties genoemd waarmee de huisarts op de gevoelsrelatie kan inspelen, namelijk:
 - a. geheel afweren, uit onmacht of te sterke somatische geöriënteerdheid;
 - b. over- accentueren, waarbij hij de relatie als doel op zichzelf gaat beschouwen;
 - c. voorbijgaan aan de gevoelsrelatie en vervallen in stereotypieën, vader-figuur;
 - d. de relatie gaan benutten voor zichzelf in verband met tekorten in eigen karakterstructuur.

Deze reacties moeten dus als signalen van een dreigende verstoring van de relatie in therapeutisch opzicht worden beschouwd.

11. Vooral psychisch dysfunctionerende mensen, lijders aan bepaalde vormen van neurose, dwingen bij de arts de eigen behandeling af door het hanteren van de affectieve relatie.
12. Deze pathologische relatievormen zijn nader uitgewerkt in de paragraaf over de neurotische kenmerken. Het zijn vaak schijncontacten, waarin het neurotisch ageren en manoevreren doel van de relatie is.
13. Bij opmerkingen van de patiënt tegenover de arts, die berusten op overdrachtgevoelens welke door de arts niet worden onderkend en dus als persoonlijk tegen hem gericht worden beschouwd, ontstaat "irritatie". Vaak berust deze op een "narcistische krenking", die ook optreedt indien een patiënt de relatie verbreekt tengevolge van inadequaat inspelen van de arts op de affectieve relatie in de medische situatie. De arts die zich hiervan niet bewust is, meent dan dat aan zijn instrumentele deskundigheid wordt getwijfeld.
14. "Vooroordelen" kunnen de arts-patiënt relatie ook sterk beïnvloeden, vooral op grond van a) beoordeling patiënt vanuit het eigen referentiekader; b) bekendheid met patiënt's psychosociale anamnese, sociaal- en gezinsmilieu; c) stereotypieën, eigen aan een bepaald milieu, ras, geslacht of sociale status.
15. "Schuldgevoel" dat vooral bij de huisarts ontstaat, indien blijkt, dat hij niet "alles" van de patiënt weet. Het is een gevolg van het feit, dat hij niet bereid is te accepteren, dat zijn benadering van de patiënt in de medische situatie de oorzaak hiervan is. Door de psychodynamische processen in de intermenselijke communicatie heeft de arts de patiënt óf geen gelegenheid geboden om informatie te geven, óf een poging daartoe op grond van overdrachtgevoelens (tegenoverdracht) gecoupeerd.
16. Ook kan de patiënt "appelleren" aan het gevoel van "onmacht" van de arts, vooral bij psychisch dysfunctioneren. Hiermee poogt de patiënt de behandeling in eigen regie te nemen, pressie op de arts uit te oefenen door middel van het hanteren van de affectieve relatie in de medische situatie.
17. Een "bijzondere relatievorm" in de medische situatie is het onderhouden van een "continu, jarenlang", zeer regelmatig, "arts-patiënt contactenpatroon" bij een bepaalde categorie patiënten, die als "chronische klagers" (vaak ook wel chronisch klaaggedrag) worden omschreven.

De huisarts-patiënt relatie wordt hier op een bijzondere zware proef gesteld, hetgeen in de beschrijving van de kenmerken van het "chronisch klaaggedrag" (par. 2.300) duidelijk naar voren komt.

Het "voorschrijfgedrag" speelt hier een grote rol om het evenwicht in het spanningsveld te handhaven. Hiertoe behoort de "long term prescription" (en het iteretur gedrag, alsmede placebogebruik), waarbij de geheime verstandhouding tussen arts en patiënt van essentiële betekenis is, evenals de acceptatie van beiden om het wederzijds gedrag te continueren. Bij verbreking van deze relatie moeten zowel arts als patiënt worden geholpen (M. BALINT/MARINKER, 1970). Tot slot citeer ik E. BALINT (1967), die stelt: "Iedere huisarts weet veel over zijn patiënt, maar weinig over de psychodynamismen in de arts-patiënt relatie en over wat er in zijn patiënt omgaat (de intra-psychische dynamismen)". Het vaak moeilijk te verklaren verschijnsel van veranderen van huisarts en andere onverklaarbare gedragspatronen van patiënten (therapie-ontrouw) worden hieraan toegeschreven.

3.25 De somatiserende en de somatisch gefixeerde patiënt in de interactie met zijn omgeving en (huis)arts.

Het belangrijkste aspect van het proces van somatisatie, met als eindpunt de "somatische fixatie", is wel de omgang van de patiënt met zichzelf, zijn omgeving en de vaak verscheidene artsen van diverse specialisatie, waarmee deze categorie patiënten frequent worden geconfronteerd. Uit de beschreven onderzoeken over processen van somatisatie komt duidelijk naar voren, dat de somatische fixatie geen kenmerk van de patiënt is, maar van de relaties die de patiënt met zijn omgeving en arts aangaat. Hoe gecompliceerd deze relaties zijn wordt in de onderzoeken betreffende de gezinsinteracties beschreven (SMITS, 1978^I), waar ook het begin van het proces van somatische fixatie gezocht moet worden (BOEKHORST e.a., 1977).

Het gehele proces van somatisatie wordt beheerst door:

1. de "persoonlijkheidskenmerken", die het intrapsychische proces en de omgang met onlustgevoelens bepalen, zoals dit in het primaire leefmilieu wordt aangeleerd en doorgegeven.
2. De "interacties" van het individu met zijn "omgeving", de gezinsleden, de medewerkers in de werksituatie en de sociale contacten.
3. De "(huis)arts-patiënt ontmoeting" in de medische situatie.

De vele aspecten van de invloed van de persoonlijkheidskenmerken op het somatiseringsproces en de invloed van het primaire leefmilieu zijn reeds ter sprake gebracht. Eveneens zijn de bronnen van stress in de omgeving van het individu aan de orde gesteld, doch de analyse van de hieraan inhaerente problematiek behoort tot het terrein van de medische sociologie en de sociaal-geneeskundige disciplines. Thans komt de ontmoeting van de somatiserende mens met de (huis)arts in het onderzoekveld, die hem gewoonlijk tot patiënt bestempelt, waarmee hij in de medische situatie wordt betrokken met nog niet te voorspellen gevolgen voor zijn gezondheid. Het kernprobleem wordt gevormd door de divergerende opvattingen t.a.v. de begrippen "geestelijk gezond - psychisch gestoord", waarmee tevens het subjectieve element dat dit onderzoek kenmerkt (de selectie van de onderzoekpopulatie) aan de orde komt. De huisarts mist objectieve criteria bij de diagnostiek van de psychische stoornissen en zeker t.a.v. de functionele klachten, waarmee het psychisch dysfunctioneren verhuuld wordt gepresenteerd.

Uit de vele publicaties die zich met dit dilemma bezighouden, vooral van de gedragswetenschappen en de psychiatrische discipline, blijkt, dat men zeer terughoudend moet zijn om bij de ontmoeting met de patiënt een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling of een constitutioneel of karakteroegen bepaald defect van de persoonlijkheidsstructuur aan te nemen. Vooral omdat het in de huisartspraktijk in de meeste gevallen gaat om tijdelijk psychisch gedecompenseerde, gewoonlijk redelijk functionerende patiënten. Het essentiële kenmerk van het ziekelijke bij het psychisch dysfunctioneren komt tot uiting in het voortbestaan van de klacht/stoornis of het niet kunnen verwerken van het conflict binnen redelijke termijn, waarbij de onvoorspelbaarheid van het gedrag van doorslaggevende betekenis kan zijn. Tegen de vele bedenkingen om de patiënt in een bepaalde categorie in te delen, zoals in dit onderzoek ook gebeurt, kan men de praktische overweging aanvoeren, dat iedere arts in de dagelijkse praktijk in ieder geval moet beslissen in hoeverre er van een hulpvraag in medische zin sprake is of de hulpverlening beter door een andere discipline kan geschieden.

De processen die zich in de "premedische fase" afspelen worden in grote mate bepaald door persoons- en gezinsgebonden kenmerken en beïnvloeden:

- a. de neiging om op spanningen met onlustgevoelens te reageren;
- b. de drempelvrees om deze te presenteren en het uitstelgedrag;
- c. de effectiviteit van het "copinggedrag" bij stress, afhankelijk van het probleemoplossend vermogen.

Vele factoren bepalen het "beloop van het arts-patiënt contact", doch slechts enkele die van doorslaggevende betekenis kunnen zijn, worden hier genoemd:

Van het "vooroordeel" kan een bijzonder negatieve beïnvloeding van de arts-patiënt relatie uitgaan, waarbij het eigen referentiekader (door opvoeding en milieubepaald), de kennis van patiënt's psychosociale anamnese en diens omgeving en het karakteristieke gedrag van de patiënt (stereotypieën) van betekenis zijn.

De "psychodynamische processen" bij de interactie tussen arts en patiënt beslissen tenslotte over de positieve en negatieve gevoelsoverdrachten van de betrokkene, afhankelijk van de karakterstructuur en de ervaringen uit de vroege jeugd. Kenmerkend voor patiënten met "functionele klachten" is het frequent presenteren van meerdere klachten over diverse tractus, waarbij vaak het verschijnsel van de "syndroomverschuiving" optreedt. Een bijzondere categorie hierbij zijn de patiënten met het "chronisch klaaggedrag", die een sterke afhankelijkheid van de hulpverlener vertonen. Het meest "kenmerkende" van het "interactiepatroon" van de patiënt en de arts kan zeer beknopt als volgt worden samengevat.

Er is sprake van een "gestoorde", verziekte, arta-patiënt relatie, waarbij opvalt, dat de patiënt en de arts in de vastgelopen medische situatie alleen over functionele klachten praten, stilzwijgend, waarbij het er niet op aan komt of de patiënt al of niet ten onrechte klaagt. Een bespreking van de problematiek, die door de patiënt gewoonlijk wordt afgeweerd, verandert niets aan het klachtenpatroon en ook de problematiek wordt niet opgelost. Bij de "(huis)arts" valt op, dat hij door deze categorie patiënten wordt geïrriteerd en zich machteloos voelt, daar hij de patiënt niet van zich af kan schudden. Vaak ontstaat er een afhankelijkheidsrelatie, ook met de omgeving van de patiënt, juist door het manipuleren en manoevreren van de patiënt.

Tevens spelen aan de artsenrol gebonden schuldgevoelens mee, door de angst somatische afwijkingen over het hoofd te zien. Maar ook persoonsgebonden factoren, zoals hoge taakstelling (alles willen oplossen) en de mate van somatisch ingesteld zijn, alsmede de onzekerheid van de arts. Door GROL e.a. (1978^{III}) wordt dit treffend uitgedrukt met "De patiënt is somatisch gefixeerd in de relatie met deze arts". Voor een diepgaande analyse van het somatiseringsproces en het signaleringssysteem om preventief te kunnen optreden of een reeds bestaande somatische fixatie te doorbreken wordt verwezen naar de publicaties uit het Amsterdamse en het Nijmeegse Universitair Huisartsen Instituut. Ook moet men steeds bedenken, dat "psychosociale fixatie" even ernstige gevolgen kan hebben voor de (geestelijke) gezondheidstoestand van de patiënt als somatische fixatie (GROL e.a. 1978^V). Vooral de "afhankelijkheid" van de hulpverlener komt hier nog duidelijker tot uiting en kan zelfs tot een vorm van "verslaving" uitgroeien.

3.3 Samenvatting van de karakteristieke kenmerken van de (huis)arts-patiënt interactie bij de hulpverlening aan de psychisch (tijdelijk) dysfunctionerende patiënt.

In deze literatuurverkenning wordt de moeilijke problematiek ten aanzien van de presentatie van psychisch dysfunctioneren in het eerste echelon aan de orde gesteld, waarbij zowel huisarts, sociaal-geneeskundige als medische specialisten betrokken zijn.

De presentatie van deze bijzonder vaag omschreven categorie van aandoeningen, die in het onderzoek worden betrokken, stelt de (huis)arts voor een frustrerende opgave in verband met het er aan ten grondslag liggend dilemma: behoort de behandeling van de gepresenteerde problematiek tot de competentie van de (huis)arts, of moet een oplossing via het medische kanaal worden vermeden.

Het meest opvallende van de functionele klacht is de "vaagheid" ervan, waardoor deze minder bespreekbaar is, hetgeen in de communicatie tot uiting komt en tot irritatie aanleiding geeft. De algemene "afweerhouding" t.o.v. de presentatie van functionele klachten en psychische stoornissen hangt ook met dit ongrijpbare en onvoorspelbare in de relatie samen en wordt zowel bij artsen, sleutelfiguren als het hele lekencircuit gesignaleerd. Ook het "dilemma van de arts" bij deze categorie van patiënten tussen het "niet" ingaan op de gepresenteerde klacht, maar "wel" op de bespreking van de achtergronden ervan, met het gevaar om een somatische aandoening over het hoofd te zien, hetgeen met schuldgevoelens gepaard kan gaan, speelt vooral in de huisartspraktijk een grote rol. Iedere huisarts moet "leren leven met onzekerheden".

De arts-patiënt interactie in de medische situatie bepaalt het beloop van het somatiseringsproces, waarbij de huisarts tengevolge van de continue algemene relatie vele preventieve mogelijkheden heeft, vooral gezien het contact met gezin en sleutelfiguren. Deze "continue algemene relatie" met patiënt en omgeving vergemakkelijkt het openen en het afbreken van de specifieke huisarts-patiënt relatie in de medische situatie. De spanningsverhouding in de huisarts-patiënt relatie hangt samen met het "verwachtingspatroon" waarmee beiden elkaar tegemoet treden en dat cultureel, psychodynamisch en door afkomst en sociale status bepaald wordt.

De (huis)arts zal steeds bedacht moeten zijn op "signalen", die op een "dreigende verstoring van deze relatie" wijzen en welke op alle facetten van de intermenselijke psychodynamiek betrekking kunnen hebben, waaronder de bovengenoemde negatieve overdracht-gevoelens. De grootste aandacht in deze studie gaat uit naar het "somatiseringsproces", waaronder men verstaat, dat er een te grote aandacht wordt besteed aan de gepresenteerde somatische klacht, met een ontwijken van een bespreking van de er aan ten grondslag liggende relationele of intrapsychische problematiek. Kenmerkend is het gestoorde interactiepatroon met een verziekte vastgelopen relatie in de medische situatie, waarbij stilzwijgend een op elkaar afgestemde rol wordt gespeeld, met in vele gevallen een "longterm prescription". De patiënt hanteert de somatische fixatie om een verandering uit de weg te gaan en de arts voelt zich machteloos, waardoor er een afhankelijkheidsrelatie met de arts, tot uiting komend in het chronisch klaaggedrag, dreigt. De preventie dient zich zowel op de somatische als de psycho-sociale fixatie te richten en wel door een adequaat reageren op de hulpvraag bij de eerste arts-patiënt-contacten.

Hoofdstuk 4. Opzet en methoden van het onderzoek.

4.0. Oriëntatie.

4.00. Algemene doelstelling.

1. Beschrijving van de omvang, de aard en het beloop van de, naar het oordeel van deze huisarts, gepresenteerde uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren.
2. Beschrijving van het aandeel van de totale hulpverlening, dat deze categorie psychische stoornissen en functionele klachten betreft.

4.01. Algemene vragenstellingen.

Bezien vanuit de concrete situatie van de huisarts, handelend vanuit zijn praktijksetting, komen de volgende vragenstellingen centraal te staan:

1. Welke is de "omvang" van de gepresenteerde morbiditeit betreffende psychische stoornissen?
2. Hoe worden uitingsvormen van psychische stoornissen aan deze huisarts gepresenteerd; welk "spectrum" aan "verschijningsvormen" komt er bij deze patiëntenpopulatie tot uiting?
3. Hoe groot is de "totale werkbelasting" van deze huisarts door de hulpvraag en welk aandeel daarvan heeft betrekking op de gepresenteerde psychische stoornissen?
4. Hoe is het beloop van de als psychische stoornissen gediagnosticeerde morbiditeit over een periode van vijf jaar?

4.02. Indeling van het onderzoek.

Om tot een overzichtelijke uitwerking van de vragenstellingen te komen is het onderzoekproject in drie deelonderzoeken gesplitst, die elk een eigen duidelijk omschreven aandachtsveld omvatten, met nader omschreven doelstelling en daarop gerichte vragenstellingen. Wel vormen deze deelonderzoeken een geheel en moeten als een trapsgewijze benadering van de algemene doelstelling worden beschouwd. De operationalisatie van de algemene vragenstellingen wordt nu als volgt gerealiseerd:

1. Een descriptief inventariserend "transversaal" morbiditeitsonderzoek. (zie vraagstelling 1 en 2)
2. Een "arbeidsanalyse" om het aandeel van de totale werkbelasting dat voor rekening van deze gepresenteerde psychische morbiditeit komt vast te stellen. (zie vraagstelling 3)
3. Een "longitudinaal" onderzoek om het morbiditeitsbeloop over een tijdsperiode van vijf jaar te evalueren en mogelijke samenhangen met de hulpverlening aan te tonen. (zie vraagstelling 4)

4.1. Gegevensverzameling.

Door middel van een nauwgezette continue morbiditeitsregistratie bij alle arts-patiënt contacten op het spreekuur van de geïnterviewde klachten en aandoeningen, werd er per patiënt praktisch een volledig morbiditeitsbeeld verkregen met bijzondere aandacht voor functionele klachten en psychische stoornissen. Deze gegevens werden vastgelegd op de N.H.G.-werkkaart, aangevuld met belangrijke bevindingen die bij het huisbezoek werden opgedaan en voor het totale beeld van belang konden zijn. Ook werd met het oog op de te kiezen variabelen in de drie deelonderzoeken een korte omschrijving gegeven van de syndromale (ingangs)diagnose. Om het hulpverleningsproces in beeld te kunnen brengen, werden korte aantekeningen toegevoegd over de prescriptie, duur contacten, verwijzingsbeleid en effect behandelingsbeleid. Op de gezinsmappen, waarin de persoonswerkkaarten werden opgeborgen, werd de gezinssamenstelling vermeld, met tevens demografische gegevens, financiële relatie en sociale stratificatie naar beroepsindeling, uitgaande van de sociale positie van het gezinshoofd.

Aanvullend onderzoekmateriaal werd verkregen door:

1. alle in het onderzoek opgenomen patiënten een door het Nederlands Huisartseninstituut opgestelde en uitgegeven Huisarts-anamneselijst te laten invullen, welke door BREMER/BROUWER (1969) werd ontworpen en getoetst;
2. aan alle in het onderzoek opgenomen patiënten te vragen om een Amsterdamse biografische vragenlijst in te vullen, welke door WILDE werd geïntroduceerd om de graad van neuroticisme en andere persoonlijkheidskenmerken te meten;
3. de gevoelens van deze huisarts t.a.v. de patiënt in de medische situatie en een subjectieve beoordeling van deze huisarts over deze patiënt aan de hand van een door Dr. A. SMITS (N.U.H.I.) opgestelde 5 punts-schaal met tegengestelde begrippen paren, die bij een der arts-patiënt-contacten gedurende de evaluatieperiode werd ingevuld.

4.2. Selectieprocedure.

Na een inwerkperiode van een half jaar vond van 1 januari 1969 tot 1 januari 1971 de selectie van de patiëntenpopulatie die in het onderzoek zouden worden opgenomen, plaats. Tijdens deze periode van "twee jaar" werd op grond van het "selectie-criterium", de presentatie van uitingvormen van psychisch dysfunctioneren door patiënten van 14 jaar en ouder in het transversale morbiditeitsonderzoek opgenomen. Het betrof hier 1199 patiënten, behorende tot patiëntenpopulatie I. Hiervan konden 790 patiënten vijf jaar worden vervolgd, ingedeeld in patiëntenpopulatie II.

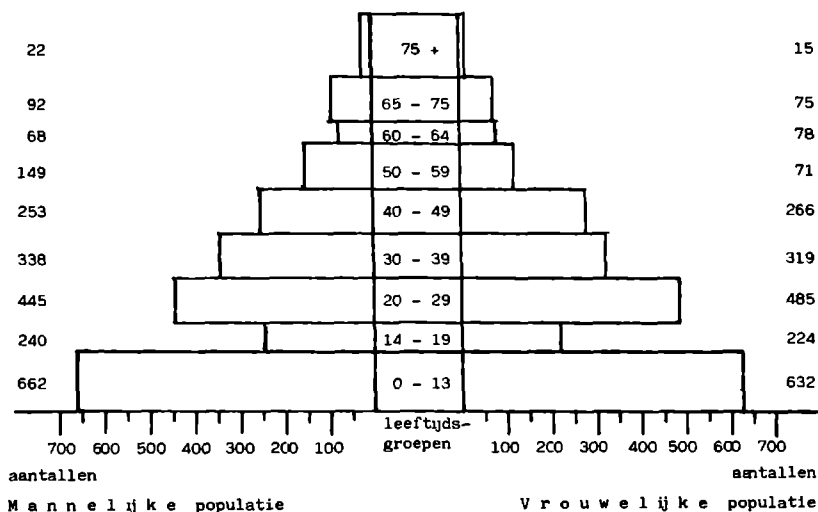
4.3. Beschrijving van de in het onderzoek gehanteerde patiëntenpopulaties.

4.30. Omschrijving van de totale gemiddelde praktijkpopulatie waarop de arbeidsanalyse en het transversale onderzoek is gebaseerd.

De totale praktijkpopulatie is opgebouwd uit alle jaarklassen van 0-87 jaar met een gelijke verdeling naar geslacht, getalsmatig weergegeven in grafiek I. In verband met de toename van de praktijkgrootte gedurende de onderzoeksperiode, vooral in het 2e registratiejaar, met globaal 20% voor de mannelijke en 35% voor de vrouwelijke populatie, werd de gemiddelde praktijkgrootte berekend. Hiertoe werden de gemiddelde aantallen ingeschreven patiënten per leeftijdsgroep en per onderzoekjaar (1969 en 1970) berekend. Door van deze getallen weer het gemiddelde te nemen, kon de totale gemiddelde praktijkpopulatie worden vastgesteld. De praktijkgroei deed zich vooral voor bij de leeftijdsgroepen onder de 20 jaar. Ingedeeld naar financiële relatie blijkt, dat het praktijkbestand voor 40% uit particulier- en voor 60% uit ziekenfonds-verzekerden bestond. De totale gemiddelde praktijkpopulatie bestaat uit 2777 patiënten van 20 jaar en ouder en 1758 kinderen tot 20 jaar, met een gelijke verdeling over de geslachten.

GRAFIEK 4 - 1

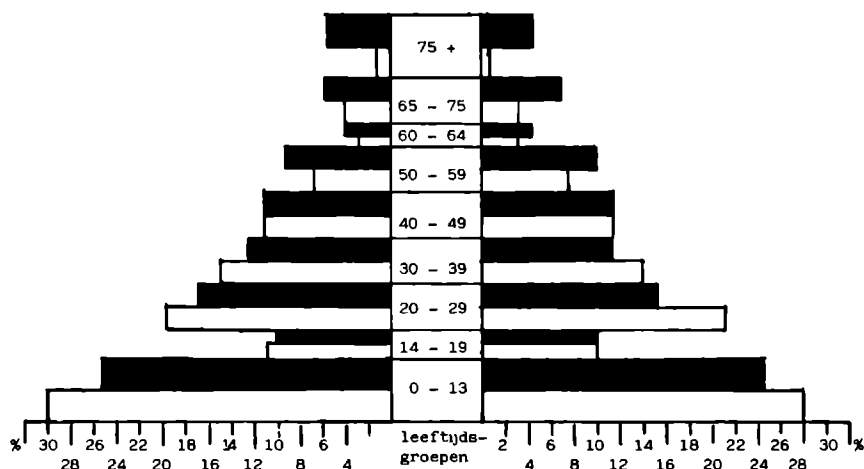
Getalsmatige opbouw van de gemiddelde totale praktijkpopulatie gedurende de selectie-periode 1969 + 1970 naar leeftijdsgroep en geslacht. (TABEL V - 3).



Hoewel de onderzoeksgegevens geen generalisatie ten aanzien van andere huisartspraktijken toelaten, heeft het toch zin om de procentuele verdeling van de totale praktijkpopulatie te relateren aan de bevolkingsopbouw van de Nederlandse bevolking. Indien er grote verschillen in bepaalde leeftijdsgroepen blijken op te treden, kan hiermee bij de beoordeling van de bevindingen rekening worden gehouden. Nader uitgewerkt wordt er voor de leeftijdsgroepen onder de 50 ten aanzien van de mannelijke praktijkpopulatie een percentage van 9 en voor de vrouwelijke een percentage van 1½ over-vertegenwoordiging gevonden. Ten aanzien van de onder-vertegenwoordiging boven de leeftijdsgroepen 50 jaar wordt een percentage van 8 voor de mannelijke en 10½ voor de vrouwelijke praktijkpopulatie berekend. De werkbelasting van de huisarts zal daardoor iets lager kunnen uitvallen dan op grond van literatuurgegevens verwacht mocht worden; aangenomen dat de hulpvraag van de hogere leeftijdsgroepen gewoonlijk hoger is dan voor de lagere. (grafiek 4-2).

GRAFIEK 4 - 2

Procentuele verdeling van de gemiddelde totale praktijkpopulatie gedurende de selectieperiode 1969 + 1970, naar leeftijdsgroep en geslacht, in percentage van het sexe totaal: vergeleken met de bevolkingsopbouw van Nederland per 31 - 12 - 1969. XXXXXXXXXX



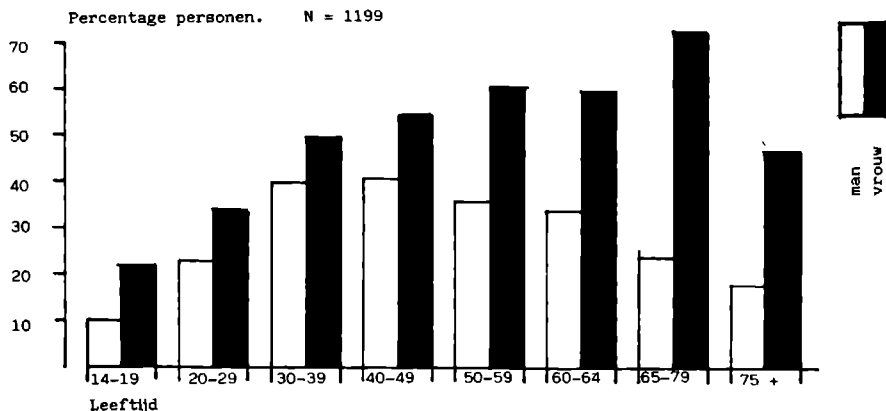
4.31. Beschrijving van de patiëntenpopulatie I waarop het transversale morbiditeitsonderzoek betrekking heeft.

Gedurende de selectieperiode van 2 jaar blijkt, dat 37% van de totale gemiddelde praktijkpopulatie (T.G.P.P.) "at risk" van 14 jaar en ouder in 2 jaar met klachten, duidend op een dreigend of beginnend psychisch decompenseren deze huisarts consulteerde en daarom op grond van zijn oordeel in de onderzoekpopulatie werd opgenomen. (Bij recidieven in de selectieperiode werden deze patiënten niet opnieuw in de onderzoekpopulatie (patiëntenpopulatie I) opgenomen.) Dit betrof 29% van de totale mannelijke en 45% van de totale gemiddelde vrouwelijke praktijkpopulatie van 14 jaar en ouder, dus $1\frac{1}{2}$ maal zoveel vrouwen als mannen. Om een indruk te krijgen binnen welke leeftijdsgroepen men een groot percentage patiënten met klachten tengevolge van psychisch decompenseren kan verwachten, is het percentage personen opgenomen in het onderzoek gerelateerd aan de totale gemiddelde praktijkpopulatie binnen de leeftijdsgroep waartoe de betreffende patiënten behoorden.

Bij de vrouwelijke populatie valt een duidelijke stijging van de percentages met toenemende leeftijd op, dit in tegenstelling tot de mannelijke populatie, die vanaf het 50e jaar een daling te zien geeft (GRAFIEK 4-3).

GRAFIEK 4 - 3

Opbouw patiëntenpopulatie I van het transversale onderzoek, gesplitst naar geslacht en leeftijdsgroep en gerelateerd aan de totale gemiddelde mannelijke en vrouwelijke praktijkpopulatie van 14 jaar en ouder binnen die leeftijdsgroep.



4.32. Omschrijving van de patiëntenpopulatie II waarop het longitudinale morbiditeitsonderzoek betrekking heeft.

Van de 1199 in het transversale onderzoek opgenomen patiënten konden er 790 gedurende vijf jaar worden vervolgd, waarvan 300 mannen en 490 vrouwen. Globaal is dit 1/5 gedeelte van de mannelijke en 1/4 gedeelte van de oorspronkelijke vrouwelijke patiëntenpopulatie "at risk" van 14 jaar en ouder.

Gedurende vijf jaar werden alle arts-patiënt-contacten op het spreekuur van deze patiëntenpopulatie II in verband met psychisch dysfunctioneren vastgelegd.

De reden van uitval uit het longitudinale onderzoek is in de TABEL 4-1 weergegeven.

Daaruit blijkt, dat de reden van uitval bij de follow-up in driekwart van de gevallen verhuizing is. Bij slechts 8% is de reden verandering van huisarts. Bij ruim 10% is de reden onbekend. Een onderzoek naar de samenhang tussen deze laatste twee categorieën en enige patiëntkenmerken zou duidelijkheid kunnen verschaffen over de mogelijkheid van selectieve uitval uit de onderzoekpopulatie.

Daarvoor zou een relatering aan de uitgangssposities, de syndromale ingangsdiagnose, de arts-patiënt-relatie en de Amsterdamse Biografische Vragenlijst de meeste informatie kunnen geven. Helaas zijn van deze categorie patiënten echter alleen geslacht, leeftijd en de ingangsdiagnose gerubriceerd.

TABEL 4 - 1

REDEN van UITVAL tijdens de onderzoekperiode van V I J F J A A R		
	Aantal p a t i ë n t e n	Perc.
Verhuizing	308	75,1 %
Overlijden	13	3,2 %
Naar andere huisarts	32	7,8 %
Onbekend	43	10,7 %
Onvolledige data	13	3,2 %
Totaal:	409	100,0 %

Van 404 patiënten konden de gegevens over geslacht en leeftijd en van 399 patiënten de ingangsdiagnose in de analyse worden betrokken. Een relatering van deze variabelen aan de in Tabel 4-1 genoemde redenen van uitval kon niet worden gerealiseerd. De totale uitval bedroeg 33,7% van de geselecteerde patiëntenpopulatie (I). Bij relatering aan het "geslacht" bleek dat 34% van de mannen en 33% van de vrouwen niet gedurende 5 jaar konden worden vervolgd. Het percentage uitvallers per "leeftijdsgroep" ziet er als volgt uit: 65 plussers 40%; 60-64 jarigen 30%; 50-59 jarigen 25%; 40-49 jarigen 24%; 30-39 jarigen 24%; 29-29 jarigen 51% en bij de 14-19 jarigen 38%. Bij de 20-29 jarigen valt direct het hoge percentage van 51% ten opzichte van het totale percentage uitvallers van 33,7% op. Mogelijk hangt dit samen met het verlaten van het ouderlijk gezin in verband met studie, tewerkstelling in andere stad en het gaan trouwen.

Hiertoe behoren het belangrijke "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" en de daarvan te onderscheiden spanningstoestanden die onder de diagnosegroep "nervositas" zijn samengebracht, alsmede het even belangrijke "neurastheen syndroom". Bij deze syndromen werd er een duidelijke toename van de percentages in de leeftijdsgroep van 50-60 jaar geconstateerd, waarbij de vrouwen steeds een hoger percentage scoren dan de mannen. Met het "depressief syndroom", dat in dit onderzoek voornamelijk door vrouwen in een hoog percentage werd gepresenteerd, moeten deze spanningstoestanden tot de specifieke syndromen van de huisartsgeneeskunde worden gerekend.

Om een indruk te krijgen van mogelijke samenhangen tussen patiëntkenmerken, diagnosecategorïën en het al of niet in behandeling zijn op de selectiedatum, werden enkele analyses verricht die de volgende gegevens opleverden. Van de totale gemiddelde praktijkpopulatie "at risk" bleek 27,5% van de patiënten "nieuwe" gevallen te hebben gepresenteerd en 9,6% reeds bestaande of binnen een half jaar gerecidiveerde, zogenaamde "oude" gevallen. Bij de mannen werden de nieuwe gevallen vooral aangetroffen tussen de 30 en 60 jaar; bij de vrouwen was er geen verschil ten aanzien van de leeftijdsgroepen te bespeuren. De presentatie van oude gevallen nam bij vrouwen duidelijk toe met stijgende leeftijd. Bij de mannen slechts tot het 30e jaar om daarna constant te blijven. Het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" trad bij beide geslachten bij de nieuwe gevallen op de voorgrond en bij de oude gevallen bij mannen de "nervositas" en bij vrouwen de "depressie".

5.9. Bespreking.

Dit transversale onderzoek geeft een dwarsdoorsnede van de in 2 jaar door deze patiëntenpopulatie van 14 jaar en ouder gepresenteerde psychische morbiditeit. Tijdens deze selectieperiode werden de reeds in behandeling zijnde patiënten (oude gevallen) en patiënten die voor de eerste maal psychische stoornissen en vermoedelijk functionele klachten presenteerden (nieuwe gevallen) in het onderzoek opgenomen. Deze selectieprocedure geeft een beeld van de werking van het 2e filter tussen de gepresenteerde morbiditeit door de praktijkpopulatie en de herkende psychische morbiditeit door deze huisarts. De permeabiliteit van dit filter wordt bepaald door de bekwaamheid van deze huisarts om in de totale door de populatie "at risk" gepresenteerde morbiditeit de psychische morbiditeit te herkennen. Van het beslissingsgedrag van deze huisarts hing het verder af in hoeverre de klacht voor behandeling werd geaccepteerd en de patiënt de ziekerol kon aannemen. Door 37% van de patiëntenpopulatie "at risk" (N = 3241) werd minstens eenmaal gedurende de selectieperiode psychische morbiditeit gepresenteerd. Bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen.

De bijzondere belangstelling van deze huisarts voor de herkenning bij zijn patiënten van psychosociale problematiek is zeker van invloed geweest op het diagnostisch proces. Goldberg en Huxley taxeren de totale psychische morbiditeit in de populatie van het eerste echelon op 230 personen per 1000 "at risk" en de herkende psychische morbiditeit op 140 per 1000 personen "at risk", berekend op jaarbasis. De grote variatiebreedte van de gevonden percentages en getallen in de diverse studies maken een toetsing onmogelijk.

Indien de gevonden percentages voor de ernstige psychiatrische toestandsbeelden (1,8%), het depressief gedrag (4,8%) en de gedragsafwijkingen en angsttoestanden (1,5%) worden samengevoegd, blijkt 8% van de patiëntenpopulatie "at risk" minstens eenmaal een ernstige psychische decompensatietoestand in deze selectieperiode te hebben gepresenteerd. Naarmate de psychiatrische syndromen van ernstiger aard zijn vertonen de literatuurgegevens meer overeenkomst en al naar de ernst van het syndroom worden percentages van 3,6 tot 18 opgegeven. Uit de gegevens van de continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werd berekend, dat men 6,4 mannen en 4,0 vrouwen per 1000 personen "at risk" per jaar met ernstige psychiatrische stoornissen kan verwachten. Daar volgens de literatuurgegevens 1/3 van de totale psychiatrische morbiditeit depressietoestanden zou omvatten, moet dit tot de belangrijkste syndromen in de huisartspraktijk worden gerekend. In dit onderzoek werd een percentage van 4,8 gevonden, waarbij de vrouwen een viermaal zo hoog percentage vertoonden als de mannen, vooral in de leeftijdsgroep 30-60 jaar. Belangrijk is de bevinding, dat er driemaal zoveel nieuwe als oude gevallen werden geregistreerd, zodat het een overwegend acuut optredend syndroom genoemd mocht worden. Naar uitingvorm trad het (angstig) geagiteerd syndroom sterk op de voorgrond. Het mogelijk hoge percentage depressief gedrag komt praktisch overeen met de gegevens uit de Engelse literatuur (Watts en Fry). In de Nederlandse studies variëren de prevalentiecijfers voor "endogene depressies" bij mannen van 1-2,8 per 1000 personen "at risk" en bij vrouwen van 2-11,4 per 1000 personen "at risk". Voor depressief gedrag (reactieve depressie) bij mannen 2,4 en bij vrouwen 4-6 per 1000 personen "at risk". Een grote rol speelt hierbij de "verborgen morbiditeit", die door Watts voor depressietoestanden op 140 per 1000 patiënten "at risk" in de huisartspraktijk wordt geschat, hetgeen door Fry wordt bevestigd. Mogelijk komt de extra aandacht voor de herkenning van psychische morbiditeit en depressief gedrag door deze huisarts in deze cijfers tot uiting. Lichtere psychische decompensatietoestanden die in de huisartspraktijk frequent voorkomen zijn de uitingvormen van allerlei voor de patiënt stressvolle levensgebeurtenissen. Hiertoe worden gerekend het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom", waaronder het neurastheen syndroom en de "nervositas", welke alle spanningstoestanden omvat. Samengevoegd werd berekend dat 13% van de praktijkpopulatie "at risk" deze groep psychische stoornissen toonde. Op het frequent voorkomen van het eerstgenoemde syndroom werd in 1955 reeds door Kraus gewezen, later nog eens door Van Dijk (1973). Percentages werden daarbij niet vermeld. Het sterk overwegen van de nieuwe gevallen duidt op een acuut optreden met een piek in de leeftijdsgroep van 30 tot 50 jaar. De betekenis van het "neurastheen syndroom" voor de huisartspraktijk is door diverse auteurs belicht (Kuijpers, Agosti-Maurer, Van der Velden, Lamberts), die er de nadruk op leggen, dat het als een insufficiëntiereactie op een chronische belasting moet worden beschouwd. Door Jongerius (1984) is over deze decompensatietoestand vanuit de huisartspraktijk een uitvoerig onderzoek verricht. Hierbij is aan de symptomatologie en het belastingquotiënt bijzondere aandacht besteed. In overeenstemming met de literatuurgegevens kwam in dit onderzoek de stijging na het 30e jaar bij vrouwen fraai tot uiting, dit in tegenstelling tot de mannen, waar slechts een geringe toename van het percentage na het 30e jaar te zien was.

De beoordeling van de uitval ten aanzien van de "syndromale ingangsdiagnose" kan het beste aan de hand van het volgende overzicht geschieden, waarbij een indeling in vier categorieën wordt gehanteerd:

- | | |
|---|---------------|
| 1. psychiatrische toestandsbeelden | uitval 42 % |
| 2. depressieve toestandsbeelden | uitval 30,7 % |
| 3. psychische stoornissen en syndromen | uitval 28,5 % |
| 4. functionele stoornissen en syndromen | uitval 36 % |

Voor het duidelijk verhoogde percentage uitvallers bij de psychiatrische toestandsbeelden kon geen verklaring worden gevonden. Daar de categorie psychiatrische toestandsbeelden slechts 10% van de geselecteerde patiëntenpopulatie betreft geeft het totaalbeeld geen aanduiding voor een selectieve uitval uit deze onderzoekpopulatie. Opgemerkt dient nog te worden, dat het grote percentage verhuizingen samenhangt met het destijds op gang gekomen streven om de huisartspraktijken zoveel mogelijk te regionaliseren.

4.33. Schematisch overzicht van de onderzoekpopulaties die in dit uitvoerend gedeelte worden beschreven en geanalyseerd.

Overzicht van de samenstelling van de beschreven patiëntenpopulaties.					
INDELING HOOFDSTUKKEN	GETALSMATIGE SAMENSTELLING PATIENTENPOPULATIES				AANDUIDING PATIENTENPOPULATIE.
	DE TOTALE GEMIDDELDE PRAKTIJKPOPULATIE N = 4535				
HOOFDSTUK 6			man	vrouw	totaal
ARBEIDSANALYSE	Kinderen van 0 tot 14 jaar	:	662	632	1294
Patiëntenpopulatie waarop de TOTALE arbeidsanalyse en waarop de PARTIELE arbeidsanalyse is gebaseerd.	Jeugd van 14 tot 20 jaar	:	240	224	464
	Volwassenen van 20 jaar en ouder:		1367	1410	2777
	PATIENTENPOPULATIE die PSYCHISCHE MORBIDITEIT presenteerde gedurende de selectieperiode van 2 jaar.				
HOOFDSTUK 5	N = 1199		man	vrouw	totaal
TRANSVERSALE					
ONDERZOEK	Jeugd van 14 tot 20 jaar	:	25	49	74
	Volwassenen van 20 jaar en ouder:		441	684	1125
	PATIENTENPOPULATIE die gedurende V I J F J A A R kon worden vervolgd.				
HOOFDSTUK 7	N = 790		man	vrouw	totaal
LONGITUDINALE					
ONDERZOEK	Jeugd van 14 tot 20 jaar	:	12	32	44
	Volwassenen van 20 jaar en ouder:		288	458	746

	patiëntenpopulatie
	AT RISK
	werking filter 2.
	Door huisarts herkende psychische morbiditeit uit totaal gepresenteerde morbiditeit.
	patiëntenpopulatie
	I
	Op het criterium van de evaluatieduur geselecteerde populatie.
	patiëntenpopulatie
	II

4.4. Omschrijving van de praktijk.

1. De praktijk kan als volgt worden omschreven:

Een grote, tijdens de onderzoeksperiode groeiende, solo-huisarts-praktijk in een grote industriestad (urban-practice) gesitueerd in een woonwijk met een gemengde bevolking, waarin alle sociale lagen zijn vertegenwoordigd. De praktijkpopulatie woont voor 75% in de directe regio en is voor 25% over de gehele stad verspreid, hetgeen de tijdsduur van het visite rijden beïnvloedt.

2. Een enkele opmerking over de praktijkvoering:

In deze solo-huisartspraktijk is de gehele dag een praktijk-assistente aanwezig, die alle gebruikelijke werkzaamheden verricht. (officieel doktersassistente-diploma). Na een kort vrij spreekuur van hoogstens anderhalf uur, volgt er een ochtend- en middag-afsprakespreekuur met een pauze van ongeveer een uur, waarin de gevraagde recepten worden uitgeschreven en eventuele spoed-visites worden afgelegd. Voor de langer durende consulten in verband met bespreking van psycho-sociale problematiek, etc. wordt er na het middagspreekuur een afspraak gemaakt. Er is geen streng gescheiden particulier- en fondsspreekuur. De visites in de directe regio worden na ongeveer vijf uur gereden en de andere in de avonduren.

4.5. Operationalisatie van de begrippen "psychische stoornissen en functionele klachten".

Een kardinaal punt bij dit onderzoek is het duidelijk subjectieve element in de "case finding", namelijk de beoordeling door deze huisarts van de patiënt t.a.v. zijn psychisch functioneren en t.a.v. de beoordeling van de gepresenteerde klacht als vermoedelijk functionele of psychische stoornis. Deze problematiek dient zich al direct aan bij de differentiatie tussen "geestelijk gezond" en "psychisch gestoord", waarop in par. 3 uitvoerig is ingegaan. De daarin genoemde overwegingen dienden als richtsnoer bij de selectie van de onderzoekpopulatie. De speciale aspecten t.a.v. de diagnostiek bij de patiënten die psychisch dysfunctioneren en het gehele complex van factoren waarmee rekening moet worden gehouden is in paragraaf 3.42 besproken. Hierop is dan ook de diagnostiek bij deze in het onderzoek op te nemen patiënten gebaseerd. Nadat besloten was om de patiënt met zijn gepresenteerd klachtenpatroon of stoornis in het onderzoek op te nemen, vond de "etikettering" plaats. In dit onderzoek wordt de "syndromale diagnose", de uitingsvorm van het psychisch dysfunctioneren, als uitgangspunt genomen, om de subjectieve component zoveel mogelijk te beperken. De uitingsvorm is immers een direct gegeven dat duidelijk omschreven kan worden.

Een nosologische indeling geeft in nog sterkere mate aanleiding tot een subjectieve interpretatie en vereist tevens een sterke gespecialiseerde kennis van psychiatrische problematiek, die niet tot de competentie van de huisarts hoort.

Hiermee komt de "classificatieproblematiek" aan de orde, die nauw samenhangt met het diagnostisch gebeuren (CROMBIE, 1963; BREMER, 1972, 1969).

De uitgebreide literatuur hierover demonstreert duidelijk met welke moeilijkheden men bij de etikettering van psychische stoornissen wordt geconfronteerd. Daarom werd gekozen voor een op de huisartsgeneeskunde afgestemde diagnoseclassificatie, die in de praktijk eigenlijk op een "symptoom- en waarschijnlijkheidsdiagnoseclassificatie" neerkomt (CROMBIE 1963). Door vele auteurs, die onderzoek over de presentatie van psychische morbiditeit in de huisartspraktijk hebben verricht, wordt vooral gewezen op de grote verschillen, zowel in de gehanteerde classificatiesystemen als in de mate van overeenkomst van de gevonden gegevens bij gebruik van dezelfde diagnoseclassificaties door diverse huisartsen. Dit laatste verschijnsel wordt in de literatuur aangeduid met het begrip "interdoctor-variation" dat in vele studies nader is geanalyseerd (PAULETT, 1956; DAVIES, 1958; LOGAN, 1958; SHEPHERD e.a., 1964, 1966; KULPERS, 1966; GOLDBERG/BLACKWELL, 1970; GIEL/Le NOBEL, 1971; GIEL, 1972 en in de recentere literatuur LAMBERTS-HARTMAN, 1982; VOORN, 1983).

Ook speciaal op de aard van de gepresenteerde psycho-sociale problematiek gericht onderzoek leidt tot moeilijkheden bij de onderlinge vergelijking. Vooral de verschillen in gehanteerde probleemclassificaties zijn hier debet aan (JANSEN-EMMER, 1958; BRENKMAN, 1963; VAN ES, 1967). Voorstellen tot morbiditeitsclassificatie in de huisartspraktijk werden gedaan door AULBERS (1967); BAIN e.a. (1973). Zij wezen op de tekortkomingen van de I.C.D. in verband met het ontbreken van typische in de huisartspraktijk gepresenteerde symptomatologie en de grote mate van interdoctor-variation. Daarom pleitte AULBERS voor de invoering van de E-lijst, die later ook door het N.H.G. is ingevoerd en gehanteerd bij het Nederlands Intermitterend Morbiditeits Onderzoek door 50 huisartsen (OLIAMANS, 1969). Vanaf het begin van de zeventiger jaren wordt de aandacht steeds meer gericht op de probleem-geöriënteerde registratie in de huisartsgeneeskunde als een effectieve manier om de gepresenteerde klachten door patiëntenpopulaties te registreren. Hierbij komt het probleemgedrag centraal te staan (VAN DER KOOIJ, 1978; LAMBERTS, 1974, 1975, 1978 en 1982). Het door METCALFE geïntroduceerde probleemgericht registreren is door VAN DER VELDEN (1977) in een serie artikelen verduidelijkt en in 1979 is in "Huisarts & Wetenschap" een thema-nummer gewijd aan "de probleemgeöriënteerde patiëntenkaart" (MEYBOOM, VIERHOUT, VAN STOCKUM, LEVELINK en VAN DE LISDONK, TEN CATE). LAMBERTS (1979) besprak de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek.

Bij de opzet van dit onderzoek kon van deze gegevens nog geen gebruik worden gemaakt, zodat op deze methode verder niet wordt ingegaan, evenmin als op enkele andere in de laatste jaren ontwikkelde classificatiemogelijkheden, die alleen worden genoemd ter completering van dit literatuuroverzicht.

1. Een classificatie van gezondheidsproblemen volgens de "International classification of health problems in primary care", waarvan in 1979 een revisie is klaar gekomen, de ICHP-2, die aangepast is aan de ICD-9 die per 1 januari 1979 is ingevoerd (VAN DIJK/LAMBERTS, 1975; LAMBERTS, 1974, KROGH-JENSEN, 1977; VAN VEEN, 1979 vertaling).
2. Om aan de behoefte in de "eerste lijns gezondheidszorg" aan een begrijpelijke probleemclassificatie voor alle disciplines tegemoet te komen hebben LAMBERTS/SLOOT (1978) de ICHPPC-1 voorgelegd aan vertegenwoordigers van diverse disciplines om

de mogelijkheid van de opstelling van een "multidisciplinaire, problemen-classificatie" te bezien, waartoe echter nog vele problemen overwonnen zullen moeten worden.

3. LAMBERTS (1979) bericht verder over een classificatie, die de "redenen om naar de huisarts te gaan" probeert vast te leggen, waarmee de morbiditeitsregistratie wordt verlaten en het subjectieve element in de beoordeling wordt verminderd. Het professionele jargon, dat een belemmering van de eerste orde is in het interdisciplinaire contact, kan dan vermeden worden; Reasons For Contact Classification (RFC).
4. Tenslotte wordt door VAN WEEL/VAN VEEN (1979) gewezen op de mogelijkheden van registratie van "patiëntengedrag" en classificatie naar "ernst van de klacht".

4.6. Bespreking van de keuze en de samenstelling van de gehanteerde morbiditeitsclassificatie.

Ter discussie komen enkele morbiditeitsclassificaties met een bruikbare terminologie en benaming van psychiatrische toestanden en ziektebeelden en psychische stoornissen, die voor gebruik in de huisartspraktijksetting in aanmerking zouden kunnen komen:

1. De "INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION (I.S.C.) of diseases, injuries and causes of death", uitgegeven door de W.H.O., List of four-digit categories; vaak aangeduid met I.C.D., INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES.

In de MANUAL, VOLUME I, wordt opzet en verklaring van de codering gegeven en in 1974 werd door de W.H.O. een "glossary" over het begrippenkader samengesteld dat in de sectie V "mental disorders" van de I.C.D.-8 (1965) wordt gehanteerd. Thans is reeds een 9e revisie operationeel geworden. Een Duitse Glossar verscheen in 1973, doch wijkt hier niet essentieel van af (DEGKWITZ e.a. (1973)).

Het Centraal Bureau voor de Statistiek geeft na elke revisie een Nederlandse vertaling uit en in 1968 verscheen, op grond van de I.C.D.-8 (1965) de "INTERNATIONALE STATISTISCHE CLASSIFICATIE van ZIEKTEN, VERWONDINGEN en DOODSOORZAKEN", een "vier cijfer lijst" die per 1 januari 1969 werd ingevoerd.

Door de AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA, wordt de DIAGNOSTIC and STATISTICAL MANUAL of MENTAL DISORDERS gehanteerd, de D.S.M. II (1968, second edition). In deel II van deze MANUAL is de diagnose en codenummer lijst opgenomen, die gerelateerd is aan de I.C.D.-8 (zie bijlage) en in deel III worden de begripsdefinities gegeven, die echter niet essentieel afwijken van die, welke in de glossary (1974) over de I.C.D.-8 zijn omschreven. Door SPITZER/WILSON (1968) en STRAUS (1973, 1975) worden de wijzigingen t.o.v. de vorige uitgave en de I.C.D.-8 toegelicht.

2. BRAUN (1957) heeft een op de huisartspraktijk gerichte morbiditeitsindeling samengesteld en gehanteerd, uitgaande van het aangeboden "symptoom", doch ook hierin zijn slechts enkele, niet voldoende gedifferentieerde categorieën, voor psychische stoornissen opgenomen.
3. Door het Britse "Royal College of General Practitioners" is een van de I.S.C. afgeleide morbiditeitsindeling volgens EIMERL, de zogenaamde E-lijst, geïntroduceerd en in het grote onderzoek door Engelse huisartsen gehanteerd (LOGAN/CUSHING, 1958).

Door het Nederlands Huisartsen Genootschap werd de "NEDERLANDSE MORBIDITEITSClassificatie voor gebruik door huisartsen" ontleend aan de "E-lijst" ingevoerd en OLIEMANS (1969) heeft de resultaten van de Continu Morbiditeits Registratie en het Intermitterend Morbiditeits Onderzoek door huisartsen vastgelegd volgens deze E-lijst. In de I.S.C. en de Nederlandse Morbiditeitsclassificatie komt volgens OLIEMANS (1969) de psychische problematiek nauwelijks tot uitdrukking en een apart onderzoek zou moeten worden opgezet, waarbij men zou moeten registreren in hoeverre de arts een psychische factor mede aansprakelijk stelt voor aandoeningen. De onderverdeling van de mentale stoornissen is te summier voor dit onderzoek.

4. Een op de praktijk gerichte indeling van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren is door SILBERMANN (1970) opgesteld en als CHAM-systeem gepubliceerd, waarbij de volgorde van de gepresenteerde psychiatrische toestandsbeelden weer wordt bepaald door de rangorde van de syndromen. Onder "toestandsbeelden" wordt dan verstaan: het complex van symptomen dat op een bepaald moment aanwezig is; en in de "syndromen" komen de kenmerken van de beloopsvorm tot uiting (KUIPER, 1973). Dit Consequent Hiërarchisch Arbitrair en Monothetisch systeem hanteert objectieve criteria, die weinig aanleiding tot misverstand geven en niet voor meerdere uitleg vatbaar zijn, hetgeen juist bij de beoordeling van deze categorie aandoeningen van grote betekenis is.

In het kader van het voorgenomen onderzoek komt hiermee een praktisch hanteerbare indeling ter beschikking, die belangrijk aan waarde wint, omdat KUIPER (1973) in zijn "Hoofdsom der Psychiatrie" een uitvoerige beschrijving van de, in dit systeem opgenomen toestandsbeelden en beloopsvormen geeft, dat als een glossary kan worden beschouwd. In kodeboek VII, onder de diagnose-cat. 317 en 318 is deze indeling vastgelegd.

5. Door de auteurs die onderzoek naar classificatiesystemen in de psychiatrie hebben verricht, wordt vooral aandacht besteed aan de criteria waaraan deze morbiditeitsclassificaties moeten voldoen (STRAUSS, 1973, 1975; BRILL, 1965; CLARK, 1974; BLASHFIELD/DRAGUNS, 1976; SPITZER e.a., 1968, 1975; GIEL, 1983).

In het kort komen deze hierop neer:

1. eenvoudig van opzet en praktisch van toepassing in het dagelijks routinewerk.
2. Statistisch gemakkelijk te bewerken.
3. Voor meerdere disciplines in de gezondheidszorg bruikbaar en begrijpelijk.
4. Zo universeel mogelijk met een maximum aan vergelijkbaarheid met andere systemen.
5. Een glossary, waarin het gehanteerde begrippenkader wordt omschreven, moet aan het classificatiesysteem worden toegevoegd.
6. Indien mogelijk zou een dimensionele (multivariabele) benadering van de gepresenteerde problematiek/aandoening in de rubriekdiagnose de voorkeur genieten.
7. Het systeem moet zo flexibel zijn, dat wijzigingen en toevoegingen gemakkelijk kunnen worden aangebracht, zonder de hoofd-indeling te schaden.

7. Ook de indelingen van RUMKE (1969), ESSER (1967), VAN DEN BERG (1971), SPOERRI (1968), BRAUTIGAM (1962) en MENNINGER (1969) werden op hun praktische bruikbaarheid beoordeeld. Doch daar in het voorgenomen onderzoek voor een syndromale rubricering werd gekozen bleken van al de genoemde classificaties alleen de I.C.D.-8 indeling en het CHAM-systeem in aanmerking te komen. In de codelijst voor de syndromale rubricering van mentale stoornissen (zie bijlage) werden de psychiatrische toestandsbeelden, de depressieve syndromen en de psychische syndromen volgens het CHAM-systeem vastgelegd. De functionele klachten en syndromen alsmede de bijzondere symptomen met behulp van de diagnosecategorien 305 en 306 van de I.C.D.-8. De lijst is enigszins gemodificeerd voor het gebruik in dit onderzoek.

4.7. Bespreking van de problematiek ten aanzien van de representativiteit en de geldigheid van dit onderzoek.

Het verrichte onderzoek is een "loketonderzoek", waarbij uit de gepresenteerde morbiditeit door de praktijkpopulatie "at risk" van 14 jaar en ouder gedurende een periode van twee jaar, door deze huisarts de patiëntenpopulatie II werd geselecteerd.

Het hierbij gehanteerde "selectie criterium" was de, naar het oordeel van deze huisarts, presentatie van psychische stoornissen, psychiatrische toestandsbeelden en/of functionele klachten door de patiënt bij het spreekuurcontact. Dit houdt in, dat de onderzoeker zelf deel uitmaakt van de onderzoekssituatie, waarmee een sterk subjectief element in het onderzoek wordt betrokken. Met de toetsing van de "betrouwbaarheidscriteria", zoals door PHILIPSEN (1973) opgesteld, komen de kernproblemen duidelijk aan het licht. In de voorgaande paragrafen is reeds gewezen op de betekenis van het subjectieve oordeel van de arts (onderzoeker) bij de presentatie van klachten en in het bijzonder bij de presentatie van psycho-sociale problematiek. In het onderzoek wordt door "een" solo-huisarts, vanuit zijn praktijkvoering, de selectie van de onderzoekpopulatie verricht en wel uit een gedeelte van de totale praktijk, die zelf weer deze huisarts uit meerdere uit de regio heeft kunnen kiezen.

Een dubbel proces van "zelfselectie" volgens VERCRUJSE (1973), daar deze geselecteerde patiëntenpopulatie eerst deze arts heeft gekozen, om daarna door diezelfde arts nog eens in een rubriekdiagnose te worden geplaatst. Hier is dus geen sprake van "representativiteit", daar er geen algemene geldigheid voor andere huisartsen of praktijken uit afgeleid kan worden. De doelstelling blijft beperkt tot het vastleggen van een concreet beeld door één solo-huisarts van de uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren door een gedeelte van de praktijkpopulatie "at risk".

De selectie van de onderzoekpopulatie vindt plaats door middel van de "rubriekdiagnose", bij het voorgenomen onderzoek de "syndromale diagnose" als uitingsvorm van psychisch dysfunctioneren. De methode van selecteren, door de patiënt een etiket op te plakken en daarna in een diagnosegroep op te nemen (de zogenaamde problematiek van het classificeren en etiketteren) heeft, zowel in de psychiatrische discipline als in de gedragswetenschappelijke disciplines tot een controverse geleid, die culmineerde in een polemiek tussen de psychiatrie en de zogenaamde anti-psychiatrie waarvan TRIMBOS (1975) een overzicht heeft gegeven.

Ook VAN PRAAG (1978) heeft in zijn oratie aan enkele aspecten hiervan (o.a. de wetenschappelijke fundering) aandacht besteed, hetgeen weer tot ernstige kritiek bij monde van SCHNABEL (1978) aanleiding gaf. Toch kan men zonder een dergelijke rubriekdiagnose geen gegevens uitwisselen en geen onderzoek opzetten, waarbij bepaalde kenmerken van psychisch dysfunctioneren als criterium voor opname in de onderzoekpopulatie gelden.

De subjectieve aspecten van het diagnostisch proces zijn in de vorige paragraaf belicht. Vooral het "vooroordeel" is hierbij van grote betekenis, waarbij het verwachtingspatroon, het selectief informeren (informatie-bias), het vanuit de eigen optiek blijven vasthouden aan de in de eerste minuten reeds gestelde waarschijnlijkheidsdiagnose van belang zijn. Deze en vele andere facetten die vooral bij de psychiatrische diagnostiek een rol spelen zijn door ROOLMANS (1969) nader geanalyseerd. Tevens dreigt hier het door RUMKE (1952) genoemde gevaar, dat de eenmaal gekozen rubriekdiagnose een eigen leven gaat leiden en de betreffende patiënt in een bepaald gedragspatroon wordt gedrongen. Deze selectieprocedure heeft tot gevolg, dat de criteria van de "intersubjectiviteit", waarbij de waarnemingsresultaten door een ander worden herhaald, niet getoetst kan worden, hetgeen eveneens geldt voor de "stabiliteit" en de "consistentie".

Door ROOLMANS (1969) wordt er op gewezen, dat men ondanks de lage "reliability" (betrouwbaarheid) en "validity" (meet je wat je beoogt te meten), de rubricering niet verwaarloosd en gemist kan worden. Belangrijk is de vraag in hoeverre het gekozen systeem bruikbaar is voor het gestelde doel zoals in de vorige paragraaf nader is uiteengezet. Tevens is in het kader van dit onderzoek de opmerking van ROOLMANS (1969) belangrijk, dat onderzoek heeft aangetoond, dat "ervaring" ook weinig voordeel biedt. Hoewel deze wel positief correleert met het vermogen betrouwbare en valide uitspraken te doen, blijkt dit minder indrukwekkend dan men geneigd is aan te nemen. Hiermee zijn de vele beperkingen van dit onderzoek in het kort aangestipt. De relevantie wordt bepaald door de bijdrage die geleverd kan worden aan de opheldering van het zeer complexe vraagstuk met betrekking tot de presentatie van de uitingvormen van psychisch dysfunctioneren en het eraan inherente proces van somatisatie.

Samenvattend kan gesteld worden, dat bij dit onderzoek aan de volgende aspecten bijzondere aandacht moet worden besteed:

1. Bij de selectie van de patiënten uit deze huisartspraktijk populatie wordt aan de, door de huisarts gestelde rubriekdiagnose, de voorwaarde gesteld, dat alleen de door de patiënt geïmplementeerde uitingvorm van psychisch dysfunctioneren, de "syndromale diagnose" wordt gerubriceerd. Hierbij wordt geen nosologische diagnose betrokken.
2. Om een zekere mate van consistentie bij de oordeelsvorming over de psychische gezondheid van de patiënt te waarborgen, moet dit oordeel steeds door dezelfde huisarts worden gesteld, zodat gegevens, verkregen door waarnemers, niet in het onderzoek mogen worden opgenomen, hetgeen de tekortkoming van de betrouwbaarheid van de waarneming beperkt.

3. De doelstelling van dit onderzoek blijft beperkt tot het vastleggen van een concreet beeld door één huisarts van uitingvormen van psychisch dysfunctioneren, gepresenteerd in één huisartspraktijk. Hieraan mag geen algemene geldigheid en representativiteit worden toegekend.

4.8. Indeling van de gehanteerde syndromale diagnosecategorieën; de selectievariabelen.

In het voorgenomen onderzoek wordt de voorkeur gegeven aan een syndromale diagnose-indeling, waarmee de direct gepresenteerde uitingvorm van psychisch dysfunctioneren kan worden gerubriceerd, boven een indeling op grond van nosologische entiteiten, omdat deze te controversieel zou zijn en van deze huisarts een te grote kennis van de psychiatrie zou verlangen om een verantwoorde diagnose in deze zin te kunnen stellen. Voor de begripsomschrijving wordt verwezen naar hoofdstuk 2, waaraan op grond van de literatuurstudie een uitvoerige beschrijving is gewijd.

Bij de bespreking van de morbiditeitsclassificatie (par. 4,6) is reeds uiteengezet waarom voor het gemodificeerde CHAM-systeem is gekozen, dat in kodeboek VII is opgenomen onder de diagnosecategorieën 317 en 318, terwijl de diagnosecategorie 305 en gedeeltelijk 306 naar de functionele klachten en stoornissen verwijzen. Van de aanvankelijk gerubriceerde 60 syndromale diagnosecategorieën werd op grond van de literatuurstudie, waaruit de belangrijkheid voor de huisartsgeneeskunde kon worden vastgesteld, de volgende praktische indeling gemaakt:

I. Psychiatrische toestandsbeelden, samengesteld uit de syndromale diagnosecategorieën:

- 1/3 Coma, sub-coma, soporeuze toestand.
 4. Schemertoestand.
 5. Delirante toestand.
 6. Stuporeuze toestand.
 7. Paranoïsch-hallucinatoire toestand.
 8. Hallucinatoire toestand.
 9. Paranoïsche toestand.
 10. Melancholisch toestandsbeeld.
 11. Amnestische toestand.
 12. Amnestisch-confabulatoire toestand.
 13. Verwardheidstoestand.
 14. Opwindingstoestand.
 23. Angsttoestand.
 24. Gedragsanomalie.
- Bijzondere symptomen.

In "Hoofdsom der psychiatrie" heeft KUIPER (1974) dit CHAM-systeem volledig uitgewerkt en een omschrijving gegeven.

- ##### II. Syndromale depressie-indeling, waarvan een begripsomschrijving in par. 2.313.
- ##### III. Hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, waarvan een begripsomschrijving in par. 2.301.
- ##### IV. Nervositas, waarvan een begripsomschrijving in par. 2.301.

V. Functionele klachten en syndromen, waarvan een begripsomschrijving in par. 2.300.

VI. Scala van functionele klachten en het "chronisch klaaggedrag", waarvan een begripsomschrijving in par. 2.300.

4.9. Bespreking van de twee in het onderzoek opgenomen meetinstrumenten.

A. Een beoordelingslijst van de arts-patiënt relatie.

De operationalisatie van de arts-patiënt relatie, waarvan de vele aspecten in paragraaf 3,4 werden besproken, was bijzonder moeilijk in het kader van dit onderzoek te realiseren. Deze gegevens hebben alleen geldigheid voor deze huisarts in deze medische situatie. Met de door Dr. A. SMITS, psycholoog, opgestelde (5-punts) schalen (zie bijlage) werd met behulp van een aantal contrasterende adjectieven de subjectieve beleving van deze huisarts met betrekking tot de relatie met de patiënt vastgelegd, terwijl tevens aan de hand van contrasterende items de beoordeling van de patiënt door deze huisarts plaatsvond. Verondersteld wordt, dat de arts-patiënt relatie van invloed is op diagnostiek, behandelings- en verwijzingsbeleid. Voor de beschrijving van de operationalisatie van deze arts-patiënt relatie wordt verwezen naar de bijlage.

B. De Amsterdamse Biografische Vragenlijst, A.B.V.

Uit diverse onderzoeken (zie par. 3, premedische fase) is duidelijk gebleken, dat persoonsgebonden kenmerken, zowel van de patiënt als van de arts, van essentiële betekenis zijn voor de beleving van onlustgevoelens, de daarop volgende presentatie van de klacht en kwaliteit van de arts-patiënt relatie.

Voor een objectieve aanvulling van de eigen onderzoekgegevens is het belangrijk om over een betrouwbaar meetinstrument te beschikken, waarmee enkele patiëntkenmerken kunnen worden gemeten die mogelijk samenhangen met de aard en het beloop van psychische stoornissen, waaronder de processen van somatisatie.

Door WILDE (1962) werd in 1962 een vragenlijstmethode geïntroduceerd om de "neurotische labiliteit" te meten. SMITS (1972) heeft de bruikbaarheid van deze lijst voor de huisartspraktijk nader beoordeeld en de betekenis ervan aangetoond bij de presentatie van functionele klachten. Ook VAN DER VELDEN (1971) heeft de A.B.V. bij zijn onderzoek naar neurotische labiliteit en de perceptie van gezondheidsstoornissen bij huisvrouwen gebruikt en kon daarmee vaststellen, dat neurotische labiele huisvrouwen méér klachten opgeven (op de algemene Klachten Vragenlijst) dan meer stabiele vrouwen, doch deze relatief niet vaker ter kennis van de huisarts brengen. Zij vormen echter wel een "high risk" groep in de totale praktijkpopulatie en daarom is tijdige vaststelling van deze neurotische labiliteit door middel van een meetinstrument uit preventief oogpunt voor de huisarts gewenst. Een verkorte versie van de A.B.V. (48 vragen) stelden GIEL/LE NOBEL (1972) in staat om bij 250 personen vanaf de 15 jaar de sensitiviteit en specificiteit van deze lijst te beoordelen, waarbij de eerste geringer bleek dan de tweede.

Ook MOLL van CHARANTE (1978) heeft de Amsterdamse Biografische Vragenlijst gehanteerd bij het opsporen van een verhoogde klagebehoefte, omdat de NS-score op een betrouwbare wijze de klage-tendentie zou meten. Een hoge klage-tendentie bleek een (adequate) vraag om hulp te maskeren. Het gevolg is, dat deze groep patiënten pas laat decompenseren na een voorafgaande periode van (schijn) aanpassing. Deze bedreigde groep, die op ervaren klachten niet of in verminderde mate met klaaggedrag reageert, zou met behulp van deze A.B.V.-lijst opgespoord kunnen worden om daarmee ernstigere psychische decompensatietoestanden te voorkomen.

Tevens werd er een verband gevonden tussen de N- en NS-score enerzijds en stress in de werksituatie, organische ziekte, verrichtingsgetal en symptoomscore anderzijds. SMITS (1972) deelt eveneens mede, dat de vragenlijst goed selecteert naar "normaal" in overeenstemming met de bevindingen van de psychiater en de huisarts, maar bij het vermoeden van pathologie was de vragenlijst minder sensitief.

Een explorerend onderzoek met behulp van de A.B.V. op gezinsniveau wordt door SMITS (1972) beschreven, die daarbij twee typen nerveus-functionele klagers kon onderscheiden, namelijk constante en alternerende symptoomdragers, afhankelijk van het gezinstype. Hierbij bleek, dat de moeder een spilfunctie vervult. De hoogte van de scores op de N- en NS-schaal van de moeder hangen samen met de presentatie van functionele klachten in het gezin en de aanwezigheid van een constante of alternerende symptoomdrager. Uit deze beschrijvingen kan men concluderen, dat deze A.B.V. in de huisartspraktijk een waardevol meetinstrument kan zijn bij gericht onderzoek.

Met de "neurotische labiliteit" wordt volgens WILDE (1962) een persoonlijkheidskenmerk aangeduid, dat het individu tot een bepaald gedrag voorbestemt: zoals het psychiatrische hulp zoeken bij moeilijkheden, onaangepast gedrag vertonen, als neurotisch bestempeld worden, zich subjectief ongelukkig en insufficiënt voelen en falen in de verwerking van de eigen mogelijkheden. Wel moet men een onderscheid maken tussen "neurose" als een ziekte (met inhoud) en "neurotische labiliteit" als een dispositie tot welke vorm van neurose dan ook.

De A.B.V. bestaat uit 107 zelfbeschrijvende vragen, te herleiden tot 4 schalen, die het volgende meten:

- N. schaal: Neurotische labiliteit, zoals gemanifesteerd in het hebben van zogenaamde psycho-neurotische klachten
- NS. schaal: Neurotische labiliteit, zoals gemanifesteerd in het hebben van functionele (lichamelijke) klachten.
- E. schaal: Sociale extraversie.
- T. schaal: Testattidue, d.w.z. zelf-defensieve versus zelf-kritische instelling bij de invulling van de questionnaire.

Zeer praktisch omschrijft SMITS (1972) de NS-score van de A.B.V. als een "instrument dat een soort algemene klagerigheid" meet of anders gezegd, "instelling die leidt tot snel decompenseren bij tegenslag (lage stress-intolerantie)".

Uit de bovengenoemde onderzoeken blijkt, dat (nerveus) functionele klagers hoger scoren op de N- en NS-schaal van de A.B.V. dan personen zonder functionele klachten. Terecht wijst VAN DER VELDEN (1971) erop, dat de A.B.V. door zijn lengte voor routine-gebruik in de huisartspraktijk ongeschikt is en adviseert nog een kortere vragenlijst voor het opsporen van neurotische labiliteit te ontwikkelen.

Hoofdstuk 5. Descriptief transversaal onderzoek.

5.0. Uitgaande van de algemene doel- en vraagstellingen zoals in hoofdstuk 4 omschreven, wordt met dit descriptief transversaal onderzoek beoogd een antwoord te geven op de volgende vraagstellingen:

1. Wat is de "omvang" en de "aard" van de, naar het oordeel van deze huisarts, voor de eerste keer in een bepaalde tijdsperiode gepresenteerde psychische stoornissen en functionele klachten als verschijningsvormen van psychisch dysfunctioneren.
2. Wat is de mogelijke relatie tussen de presentatie van psychische stoornissen en vermoedelijk functionele klachten en algemene patiëntkenmerken als "leeftijd" en "geslacht"?

5.1. Operationalisatie.

Om de beide aspecten van deze vraagstellingen te operationaliseren werd door middel van een nauwgezette continue morbiditeitsregistratie gedurende 2 jaar bij alle arts-patiënt contacten op het spreekuur de volgende selectieprocedure toegepast.

Alle patiënten van 14 jaar en ouder, die naar het oordeel van deze huisarts, psychiatrische toestandsbeelden, psychische stoornissen of functionele klachten presenteerden, werden in dit onderzoek betrokken. Het betreft dus de diagnose die voor de eerste maal gesteld werd in de selectieperiode en niet de volgende diagnoses of die van recidieven tijdens deze observatieperiode van twee jaar. De beschrijvend diagnostische typering van dit gepresenteerde klachtenpatroon op de selectiedatum werd als "ingangsdiagnose" aangeduid en zoals in par. 4 uiteengezet, gerubriceerd door middel van de 60 syndromale diagnosecodes, later gereduceerd tot 18 "syndromale diagnosegroepen" (S.D.G.). Op grond van de overeenkomst in de aard van deze syndromale diagnosegroepen kon een indeling in twee categorieën klachtenpatronen worden gemaakt:

- a. de categorie waarbij overwegend direct psychische stoornissen of psychiatrische toestandsbeelden werden gepresenteerd: aangeduid als "psychische stoornissen";
- b. de categorie waarbij het gepresenteerde klachtenpatroon op functionele oorzaken duidde en die als zogenaamde "nervus functionele klachten" werden geboekt.

De morbiditeitsindeling ziet er dan als volgt uit:

SDG "psychische stoornissen"	SDG "nervus-functionele klacht"
1. psychiatrische syndr.	8. locomotorisch-systeem
2. psychische desintegratie-toestand	9. hyperventilatie-syndr.
3. depressief syndroom	10. cardio-vasculair- "
4. angst-toestand	11. gastro-intestinaal "
5. gedrags-anomalie	12. sexuele-problematiek
6. hyperaesthetisch-emotioneel-syndroom	13. scala functionele sympt.
7. nervositas	15. globus-syndroom
14. bijzondere symptomen	16. slapeloosheid
	17. spierspannings-hoofdpijn
	18. duizeligheid

De op deze wijze "geselecteerde patiëntenpopulatie" is in hoofdstuk 4 beschreven. Kort samengevat blijkt, dat gedurende de selectieperiode van twee jaar 37% van de totale gemiddelde praktijkpopulatie "at risk" van 14 jaar en ouder in het onderzoek werd opgenomen, 29% van de totale mannelijke en 45% van de totale gemiddelde vrouwelijke populatie "at risk". Totaal 1199 patiënten, waarvan 466 mannen en 733 vrouwen.

Om een beeld te krijgen van de gepresenteerde morbiditeit tengevolge van psychisch dysfunctioneren werden de volgende analyses uitgevoerd:

1. Bepaling van het percentage patiënten van de praktijkpopulatie van 14 jaar en ouder welke psychische morbiditeit presenteert gedurende de selectieperiode van twee jaar.
2. Bepaling van het morbiditeitsspectrum van de ingangsdiaagnosen op de selectiedatum, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.
3. Analyse van de nieuwe en de oude gevallen.
4. Analyse van het verband met de leeftijd.
5. Analyse van enkele voor de huisartsgeneeskunde belangrijke diagnosegroepen, waarbij de leeftijd en het geslacht werden betrokken.
6. Analyse van de samenhang tussen de persoonlijkheidskenmerken, vastgelegd in de Amsterdamse Biografische Vragenlijst en de gepresenteerde syndromale ingangsdiagnosegroepen.

5.2. Beschrijving van het gepresenteerde morbiditeitspectrum door de geselecteerde onderzoekpopulatie (patiëntenpopulatie I).

Om een duidelijk beeld te krijgen van de gepresenteerde uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren werd op grond van de gegevens van de frequentieverdelingen en gegroepeerd volgens bovenvermelde morbiditeitsindeling grafiek 5-1 samengesteld.

Hieruit blijkt, dat het percentage patiënten dat bij het eerste arts-patiënt-contact rechtstreeks "psychische stoornissen" presenteert bij mannen en vrouwen sterk verschilt. Bij vrouwen is dit tweemaal zo hoog als bij de mannen, terwijl de verhouding "psychische stoornissen": nerveus-functionele klachten bij mannen 1 : 1 is en bij vrouwen 2 : 1.

De psychiatrische aandoeningen, ondergebracht in de syndromale diagnose cat. 1 t/m 5 betreffende bij relatering aan de totale praktijkpopulatie van 14 jaar en ouder ten aanzien van de mannen slechts een percentage van 4,4 en ten aanzien van de vrouwen van 11,6 van de onderscheiden mannelijke en vrouwelijke praktijkpopulatie. Hiervan nemen de depressietoestanden (SDG.3) met 1,6% van de mannelijke en 8% van de vrouwelijke populatie "at risk" nog het grootste percentage voor hun rekening, waarbij de verhouding van 1 op 5 opvalt.

Dan resteert er voor de zogenaamde psychiatrische aandoeningen in engere zin voor de mannelijke praktijkpopulatie "at risk" 2,8% en voor de vrouwelijke 3,6%. Hier is het verschil tussen de geslachten veel geringer, namelijk een man:vrouw ratio van 3 : 4.

Het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" (SDG 6) en de "nervositas" (SDG 7) vallen duidelijk op als manifestatief belangrijke syndromen. Vooral de "nervositas" laat daarbij een sterk overwogen van vrouwen zien, tot een driemaal zo hoog percentage. Beide syndromen steken procentueel sterk boven alle andere diagnosecategorieën van psychisch dysfunctioneren uit.

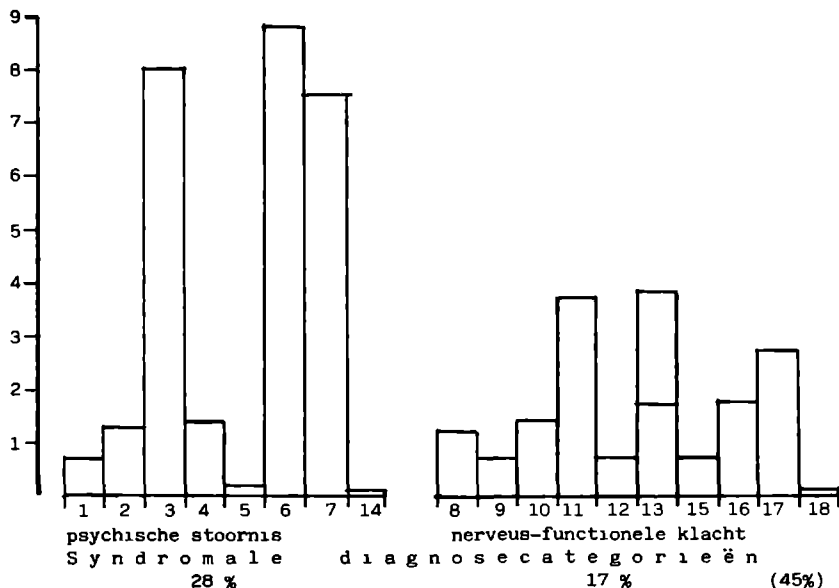
Bij de groep "nerveus-functionele klachten" zijn er minder uitschieters, doch het "cardio-vasculaire" (SDG 10), het "gastro-intestinale" (SDG 11) en het syndroom van de presentatie van "scala van klachten" (SDG 13), alsmede de "spierspanningshoofdpijn" (SDG 17) vertonen de hoogste percentages.

Verklaring syndromale diagnosecategorieën.

SDG	<u>"psychische stoornissen"</u>	SDG	<u>"nerveus-functionele klacht"</u>
1.	psychiatrische syndr.	8.	locomotorisch-systeem
2.	psychische desintegratie-toestand	9.	hyperventilatie-syndr.
3.	depressief syndroom	10.	cardio-vasculair-
4.	angst-toestand	11.	gastro-intestinaal
5.	gedrags-anomalie	12.	sexuele-problematiek
6.	hyperaesthetisch-emotioneel-syndroom	13.	scala functionele sympt.
7.	nervositas	15.	globus-syndroom
14.	bijzondere symptomen	16.	slapeloosheid
		17.	spierspannings-hoofdpijn
		18.	duizeligheid

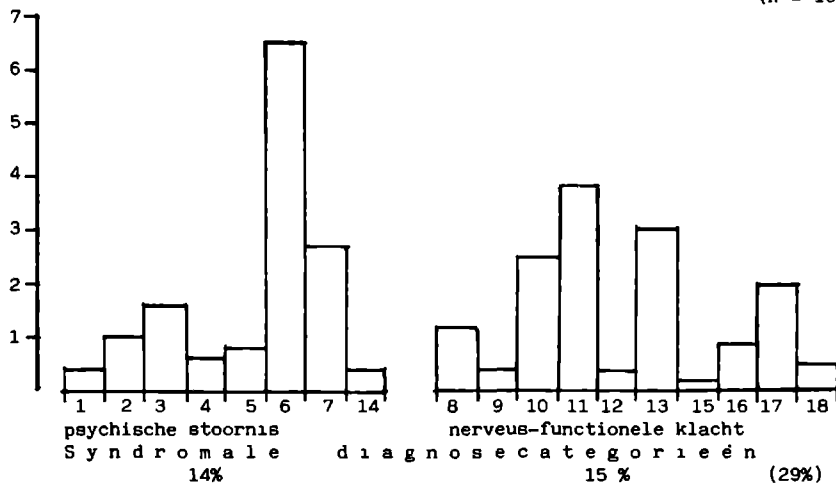
GRAFIEK 5-1A: Percentage vrouwelijke personen van de totale praktijkpopulatie boven de 14 jaar, die psychische stoornissen/nerveus-functionele klachten presenteerden, opgesplitst naar syndromale ingangsdiagnosegroep.

(N = 1634)



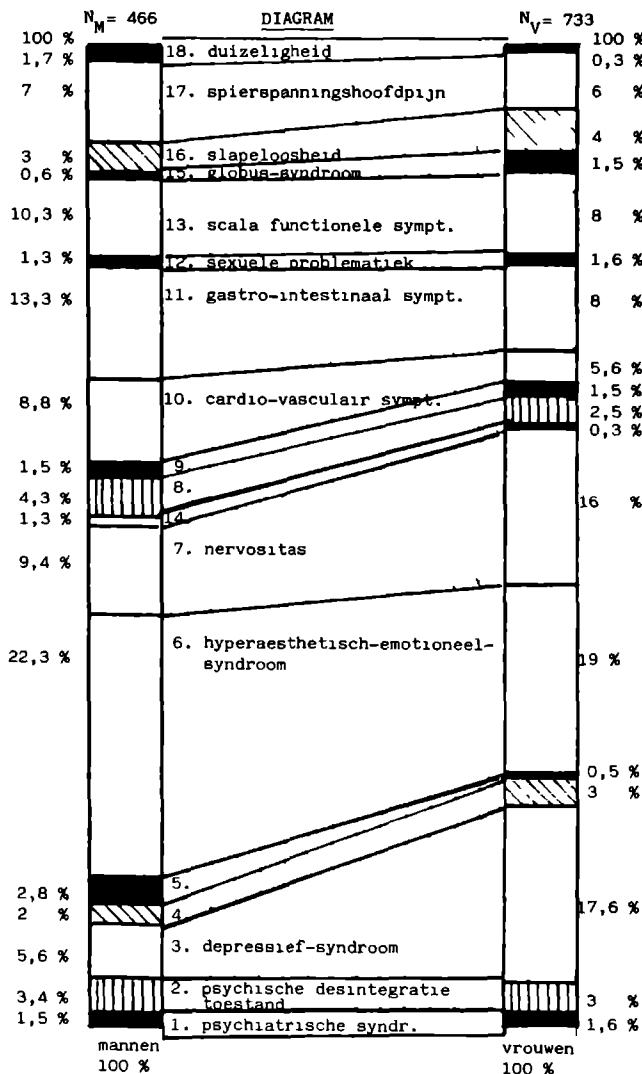
GRAFIEK 5-1B: Percentage mannelijke personen van de totale praktijkpopulatie boven de 14 jaar, die psychische stoornissen/nerveus-functionele klachten presenteerden, opgesplitst naar syndromale ingangsdiagnosegroep.

(N = 1607)



5.3. Het beeld van het morbiditeitsspectrum van de geselecteerde patiëntenpopulatie.

In onderstaand diagram wordt de verdeling van de gepresenteerde syndromale ingangsdiagnoses op de selectiedatum door de geselecteerde onderzoekpopulatie weergegeven, opgesplitst naar geslacht.



Verklaring niet aangeduide nummers:

- 9. hyperventilatie-syndr.
- 8. locomotorisch-systeem
- 14. bijzondere symptomen
- 5. gedrags-anomalie
- 4. angst-toestand

5.4. Het beeld van de gepresenteerde psychische morbiditeit, verdeeld naar nieuwe en oude gevallen.

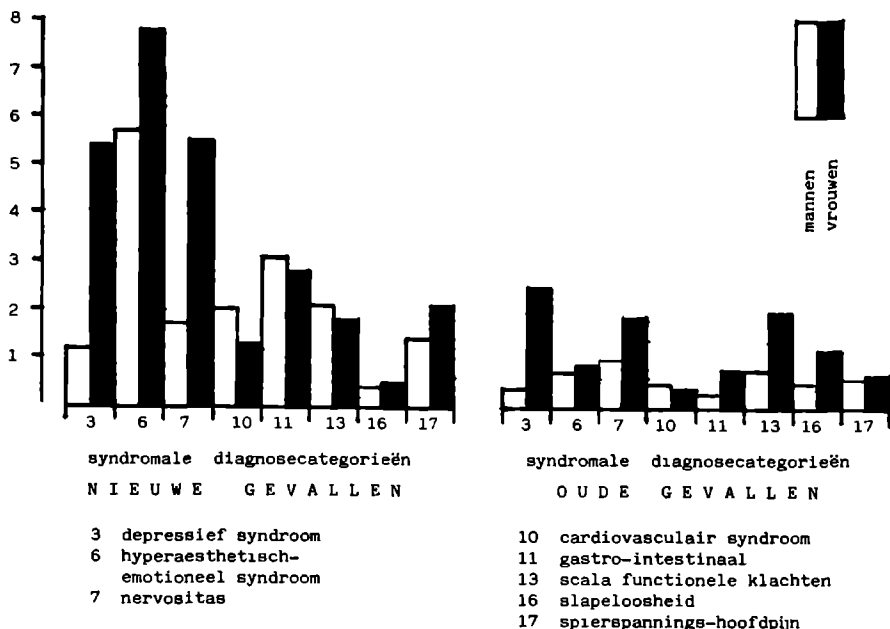
Daar mag worden aangenomen, dat het van essentieel belang is voor de beoordeling zowel van de patiënt als de casus, in hoeverre deze reeds onder behandeling was op de selectiedatum (een zg. oud geval) of dat er minstens een half jaar tevoren geen contact met de patiënt geweest was voor de presentatie van psychische stoornissen of functionele klachten (een zg. nieuw geval). Het duidelijkste beeld verkrijgt men door relatering van de syndromale ingangsdiaagnoses aan deze voorgeschiedenis. In verband met de kleine aantallen worden de percentages van de 8 belangrijkste syndromale diagnosegroepen in grafiek 5-2 uitgebeeld. Bij de "nieuwe gevallen" valt een duidelijk overwegen van het "hyperaesthetisch emotioneel syndroom" bij beide geslachten op, terwijl dit bij de "oude gevallen" op de 5e plaats komt.

Door 10,7% van de totale mannelijke praktijkpopulatie "at risk" worden nieuwe "psychische stoornissen" en door 11,3% nieuwe "functionele klachten" gepresenteerd. Bij de vrouwen worden deze getallen resp. 21,3% en 11,1%. Hier valt dus een duidelijk verschil op tussen de geslachten. Bij de oude gevallen blijken voor 3,3% van de mannen "psychische stoornissen" en voor 3,7% van hen "functionele klachten" te zijn genoteerd en bij de vrouwen voor 6,2% "psychische stoornissen" en voor 5,6% "functionele klachten".

Van de totale praktijkpopulatie "at risk" boven de 14 jaar presenterende 27,5% nieuwe en 9,6% oude gevallen.

GRAFIEK 5-2: Overzicht van de perc. EERSTE NIEUWE en OUDE GEVALLEN bij 8 belangrijke diagnosecategorieën, gerelateerd aan de totale mannelijke en vrouwelijke praktijkpopulatie van 14 jaar en ouder gedurende de selectieperiode.

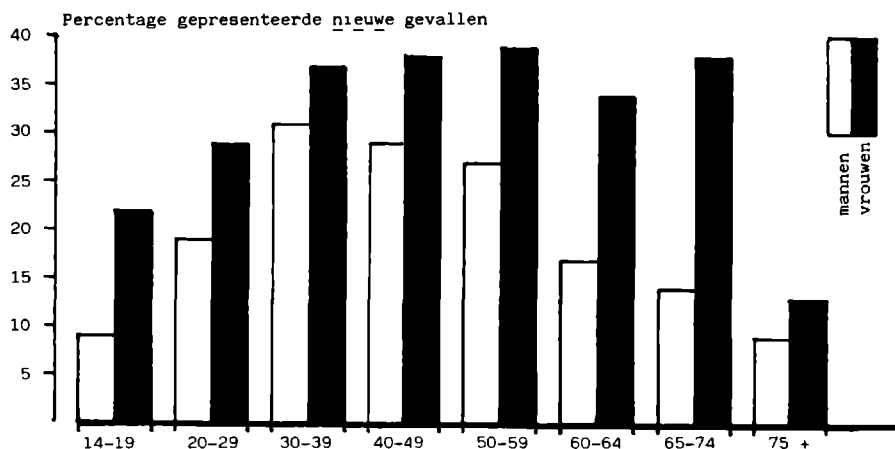
Percentage van de mannelijke en vrouwelijke praktijkpopulatie naar diagnosecategorie.



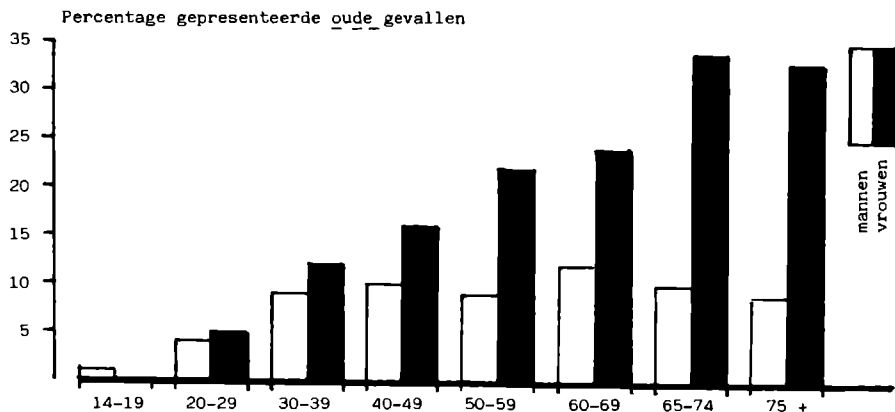
5.5. Beschrijving van de samenhang van de gepresenteerde nieuwe en oude gevallen met de leeftijd.

Hiermede wordt een indruk verkregen over de meest bedreigde leeftijdsgroepen in deze huisartspraktijk ten aanzien van psychisch decompenseren. Dit wordt in grafiek 5-3 uitgebeeld.

GRAFIEK 5-3: Percentage personen van de totale praktijkpopulatie van 14 jaar en ouder, waarbij nieuwe of oude gevallen werden geregistreerd, opgesplitst naar leeftijd en geslacht.



Verdeling binnen de leeftijdsgroepen en naar geslacht.



Verdeling binnen de leeftijdsgroepen en naar geslacht.

Bij de "nieuwe gevallen" zien wij voor de mannelijke populatie een sterke stijging van het percentage tot het 30e jaar en daarna een geleidelijk inzettende daling tot het uitgangsperscentage.

De vrouwelijke populatie geeft reeds op jonge leeftijd een hoog niveau te zien, dat van dertig jaar tot 75 jaar even hoog blijft om daarna sterk te dalen. Dus vooral in de oudere leeftijdsgroepen een duidelijk verschil ten opzichte van de mannelijke populatie. Bij een beschouwing van de "oude gevallen" zien wij bij de mannen na een stijging met de leeftijd tot 30 jaar, daarboven een min of meer gelijkmatige verdeling van rond de 10% over de leeftijdscategorieën.

De vrouwen laten daarentegen een geleidelijke stijging van de percentages zien met de leeftijd. Vanaf 50 jaar is er een beduidend verschil met de mannen.

Resumerend kan gezegd worden, dat de "oude gevallen" bij de vrouwen sterk toenemen met de leeftijd en bij de mannen na het 30e jaar op constant niveau blijven. Bij de "nieuwe gevallen" vertonen de vrouwen een gelijkmatiger en hoger percentage over de leeftijdsgroepen dan de mannen.

5.6. Beoordeling van enkele voor de huisartsgeneeskunde belangrijke uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren.

A. Bij de diagnosegroep "psychische stoornissen" treden het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" en de "nervositas", dus de emotionele spanningssyndromen, sterk op de voorgrond in deze huisartspraktijk. Daarop volgt het "depressief gedrag" dat met 4,8% van de totale praktijkpopulatie "at risk" geen hoog percentage scoort, doch wat opvang in de huisartspraktijk betreft wel een afzonderlijke bespreking rechtvaardigt.

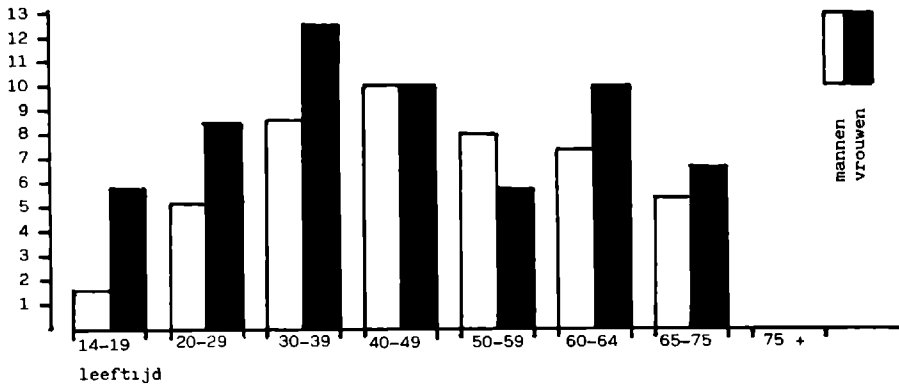
B. Bij de diagnosegroep "nerveus-functionele klachten" (N.F.K.) scoren alleen het "gastro-intestinale syndroom" en het "chronisch klaaggedrag", ondergebracht bij de diagnosecat. "scala van klachten" percentages van betekenis, namelijk resp. 3,8% en 3% van de totale praktijkpopulatie "at risk" boven de 14 jaar.

5.60. Het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom.

Dit syndroom is de meest voorkomende uitingsvorm van psychisch dysfunctioneren in deze huisartspraktijk met percentages van 7,6 van de totale praktijkpopulatie, 6,5 van de totale mannelijke en 8,8 van de totale vrouwelijke praktijkpopulatie "at risk".

Bij een procentuele verdeling binnen de leeftijdsgroepen ten opzichte van de totale praktijkpopulatie "at risk" is het hoog niveau in praktisch alle leeftijdsgroepen opmerkelijk, zowel bij de mannen als de vrouwen. Het is het hoogst in de L.G. van 30-49 jaar en voor mannen bijzonder laag in de laagste leeftijdsgroep. Van alle gevallen zijn 89% nieuwe en 11% oude gevallen. Het is dus een overwegend acuut optredend syndroom. Voor 80% betreft het de geagiteerd-neurasthene en 20% de apathisch-neurasthene reactievorm.

GRAFIEK 5-4 Percentage personen met de presentatie van het "hyperaesthetisch emotioneel syndroom", binnen de leeftijdsgroepen.

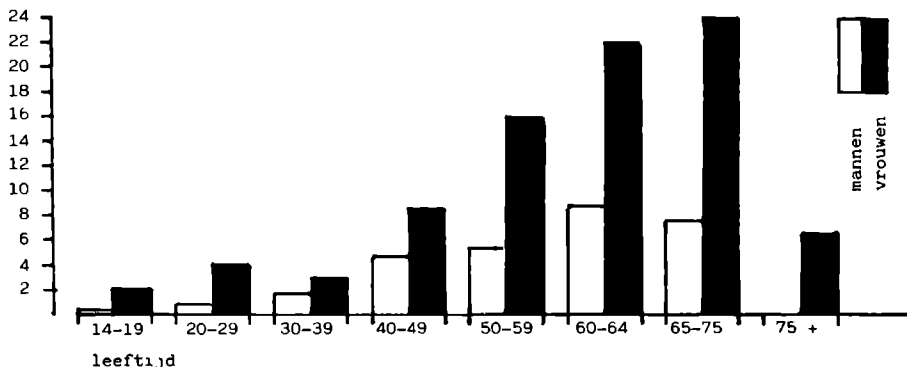


5.61. De nervositas.

Dit syndroom komt met een percentage van 5 van de totale praktijkpopulatie (te weten 2,7 van de mannelijke en 7,5 van de vrouwelijke praktijkpopulatie) op de tweede plaats. Wat er onder dit moeilijk te omschrijven emotionele spanningssyndroom in dit onderzoek wordt verstaan is nader uiteengezet in paragraaf 2.301. Er vallen zowel de lichtere, vaak chronische spanningstoestanden onder en het acute syndroom.

Bij de procentuele verdeling binnen de leeftijdsgroepen ten opzichte van de totale praktijkpopulatie "at risk" is de sterke stijging vanaf het 40e jaar bij vrouwen opvallend, terwijl er bij mannen een geringe stijging te zien is. Van alle gevallen van deze diagnose blijken 2/3 nieuwe en 1/3 oude gevallen te zijn.

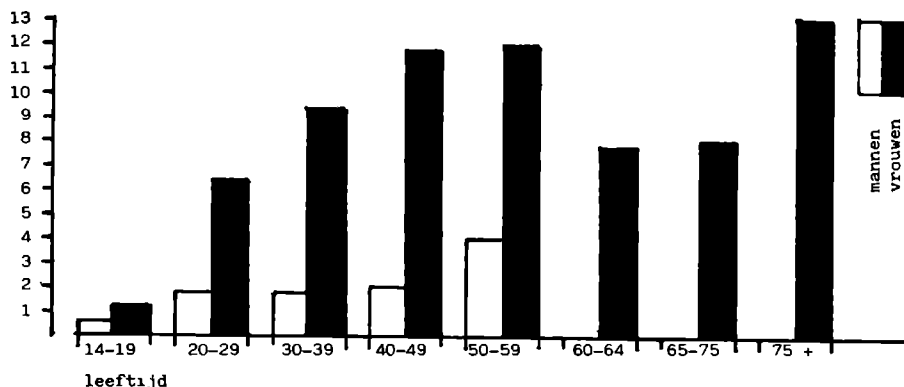
GRAFIEK 5-5 Percentage gepresenteerde diagnosecategorie "nervositas" binnen de leeftijdsgroepen.



5.62. Het depressief gedrag.

De vaststelling, dat slechts 4,8% van de patiënten van de totale praktijkpopulatie "at risk" (1,6% van de mannelijke en 8% van de vrouwelijke praktijkpopulatie) uitingsvormen van een depressieve ontstemming presenteren is opmerkelijk, gezien de hoge percentages die steeds weer in de literatuur worden vermeld. Opvallend hierbij is direct al het grote verschil in frequentie tussen mannen en vrouwen, waarbij de mannen alleen tussen de 20 en 60 jaar lage percentages "depressief gedrag" presenteren. De vrouwelijke populatie daarentegen laat een met de leeftijd stijgend percentage zien, oplopend van 1,3 tot 13%. Bij een frequentie naar de syndromale depressiediagnose blijkt, dat 1/4 van deze sub-populatie met depressieve ontstemming een geremd depressief beeld demonstreert en 3/4 der patiënten een geagiteerd syndroom.

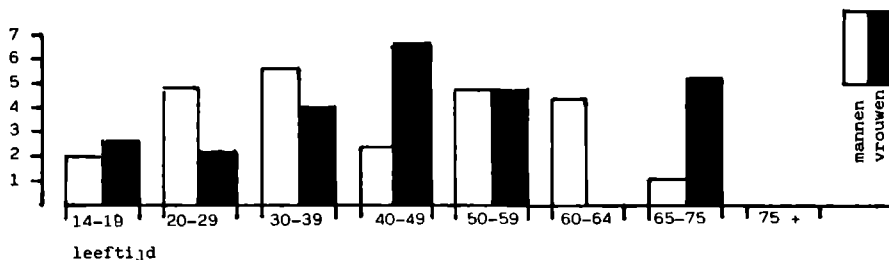
GRAFIEK 5-6: Percentage personen met de presentatie van "depressief gedrag" binnen de leeftijdsgroepen.



5.63. Het "gastro-intestinale syndroom".

Dit voor de huisartsgeneeskunde belangrijke syndroom wordt door globaal 4%, zowel van de mannelijke als vrouwelijke populatie "at risk" gepresenteerd. Bij de mannen vindt men een piek rond de 30-40 jaar met een sterke daling na 65 jaar. De vrouwen laten een wat grilliger frequentieverdeling zien met een piek rond de 40-49 jaar. De patiënten met functionele maagklachten omvatten 50% van deze subpopulatie.

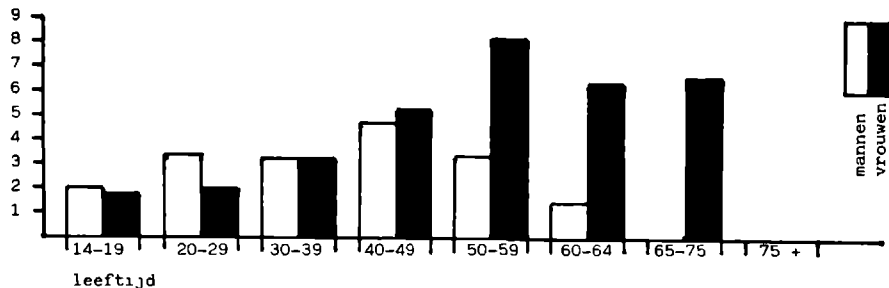
GRAFIEK 5-7: Percentage personen met het "gastro-intestinale syndroom" binnen de leeftijdsgroepen.



5.64 Het "syndroom van de presentatie van een scala van functionele klachten".

Ook dit syndroom wordt door circa 4% van zowel de mannelijke als vrouwelijke praktijkpopulatie "at risk" gepresenteerd. Hierbij wordt vooral een vaag klachtenbeeld, gelocaliseerd over diverse tractus gepresenteerd met adynamie in 70% der gevallen en met uitsluitend een scala van klachten door 17% der patiënten. Bij mannen is er een toename met de leeftijd te zien tot het 50e jaar en een sterke daling daarna. Bij vrouwen is er een toename tot het 60e jaar en daarna een geringe daling.

GRAFIEK 5-8: Percentage personen met een "scala van functionele klachten" binnen de leeftijdsgroepen.



5.7. Beschrijving van de samenhang tussen de persoonlijkheidskenmerken vastgelegd in de Amsterdamse Biografische Vragenlijst en de gepresenteerde syndromale ingangsdiagnosegroepen.

De grote mate van subjectiviteit bij de oordeelsvorming is in paragraaf 4 aan de orde gesteld. Om de in dit onderzoek gestelde diagnosen nader te onderbouwen werd de A.B.V.-lijst als meetinstrument in het onderzoek betrokken.

Het persoonlijkheidskenmerk neurotische labiliteit wordt hiermee gemeten. Men kan er zowel de neiging tot psychoneurotische klachten (N-score), als de neiging tot functionele klachten (de zogenaamde NS-score) mee uitdrukken. Van essentieel belang hierbij is de bevinding, dat de gemeten kenmerken een zekere constantheid in de tijd vertonen, hetgeen onlangs nog door een onderzoek uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werd bevestigd (Huygen e.a. 1984 I). Ter validering van de door de huisarts in diagnosegroepen ingedeelde patiënten werd bij een deel hiervan in het begin van de observatieperiode de A.B.V. afgenomen. Daartoe werden de diagnosecategorïën 8 t/m 18 samengevoegd als de groep nerveus-functionele klachten. Aldus ontstonden er 6 syndromale diagnosegroepen. Voor elke groep werden de gemiddelde N- en NS-scores bepaald.

TABEL 5-1: De gemiddelde N-scores en NS-scores (ABV) over een deel van de geselecteerde patiëntenpopulatie I, uitgesplitst naar syndromale ingangsdiagnose (N = 256).

Syndromale Ingangsdiagnose	gem. N-score	gem. NS-score	N
1. psychiatrie	78	80	9
2. depressieve klachten	86	80	44
3. hyperaesthetisch emotioneel syndroom	77	82	59
4. nervositas	76	79	26
5. nerveus-functionele klachten	76	77	91
6. scala van functionele klachten	79	84	27

De gemiddelde N- en NS-scores per patiëntengroep staan weergegeven in TABEL 5-1. Duidelijk is, dat de gehele patiëntenpopulatie opvallend hoger scoort op zowel de N- als de NS-schaal, dan de gemiddelde Nederlandse Bevolking (50 volgens WILDE, 1971). Daarmee kan worden vastgesteld, dat de patiëntenpopulatie zoals gediagnostiseerd door deze huisarts, ook als een selectie van patiënten met een relatief hoge neurotische labiliteit kan worden beschouwd. De onderlinge verschillen tussen de syndromale ingangsdiagnosegroepen zijn relatief klein. Vermeldenswaard is wel, dat patiënten met depressieve klachten naar verwachting een hogere N-score te zien geven en dat patiënten met een scala van nerveus-functionele klachten eveneens naar verwachting een hogere NS-score te zien geven.

5.8. Samenvatting.

Naar aanleiding van de algemene vraagstelling, wat een huisarts op het spreekuur aan psychische morbiditeit kan verwachten, werd dit transversale onderzoek opgezet. Door middel van een continue morbiditeitsregistratie van alle op het spreekuur gediagnostiseerde psychische stoornissen en vermoedelijk nerveus-functionele klachten gedurende twee jaar werd een beeld verkregen van de in deze huisartspraktijk gepresenteerde psychische morbiditeit.

Uit de analyse van de verkregen gegevens met behulp van een op de huisartspraktijk aangepaste morbiditeitsclassificatie bleek, dat 37% van de patiënten van 14 jaar en ouder gedurende deze twee jaar minstens eenmaal klachten presenteerde, duidend op een psychisch dysfunctioneren. (N = 1199, N mannen = 466 en N vrouwen = 733). Gedifferentieerd naar geslacht bleek 29% van de totale mannelijke en 45% van de totale vrouwelijke populatie "at risk" bij het onderzoek betrokken te zijn, waarbij de totale praktijkpopulatie uit een gelijk percentage mannen en vrouwen bestond.

In de literatuur wordt algemeen aangenomen, dat "functionele klachten" in de beginfase van psychisch dysfunctioneren beduidend vaker door mannen dan door vrouwen worden gepresenteerd. Door 16% van de praktijkpopulatie "at risk" van 14 jaar en ouder (mannen 15% en vrouwen 17%) werd in de selectieperiode vermoedelijk functionele klachten gepresenteerd. Voor de jongere leeftijdsgroep van 20-29 jaar en binnen de leeftijdsgroepen traden aanzienlijke verschillen op ten aanzien van de procentuele verdeling.

De meest op de voorgrond tredende functionele syndromen waren het "gastro-intestinale syndroom" en het "syndroom van de presentatie van een scala van klachten", beide voor de mannelijke populatie "at risk" op 3,8% en voor de vrouwelijke populatie op respectievelijk 3,8% en 3% berekend. Ook bleken beide syndromen tot het 60e jaar in alle leeftijdsgroepen hetzelfde patroon te vertonen, met uitzondering van de leeftijdsgroep van 20-29 jaar, waarin deze syndromen voor mannen 2 x zo vaak werden geregistreerd. De functionele klachten betreffende het locomotorische en het cardio-vasculaire systeem werden door vrouwen en mannen in een laag percentage gepresenteerd en leken het meest leeftijdgebonden (30-60 jaar). Ook de "spier-spanningshoofdpijn" liet tot 65 jaar een gelijkmatig beeld zien, maar een laag percentage.

Bij de opzet van dit onderzoek werd eveneens overwogen om na te gaan in hoeverre bepaalde psychische toestandsbeelden als specifieke syndromen voor de huisartsgeneeskunde konden worden beschouwd. Daarom werd een afzonderlijke analyse van de diagnosecategorieën "psychische stoornissen" uitgevoerd waaruit bleek, dat slechts 1,8% van de totale praktijkpopulatie "at risk" (1,4% van de mannelijke en 2% van de totale vrouwelijke praktijkpopulatie "at risk") "psychiatrische" aandoeningen presenteerden. De gediagnostiseerde depressietoestanden omvatten 4,8% van de totale (1,6% van de mannelijke en 8% van de vrouwelijke) praktijkpopulatie "at risk". Indien de "gedragsafwijkingen" en de "angsttoestanden", die samen 1,5% van de populatie "at risk" uitmaakten (mannen 1,4% en vrouwen 1,6%) hieraan worden toegevoegd, komt men tot een percentage van 8 (bij de mannen 4,8% en bij de vrouwen 11,6%) die ernstige psychische decompensatieverschijnselen vertoonden. Met een percentage van 13 (mannen 9,4% en vrouwen 18,4%) kwamen de "spanningstoestanden" als belangrijkste psychische syndromen uit dit onderzoek naar voren, globaal dus 1/3 van de totaal gepresenteerde psychische morbiditeit.

Bij vrouwen overwogen tevens de nieuwe gevallen, hetgeen mogelijk wijst op een acuut psychisch decompenseren na een lange latentieperiode. Door deze geselecteerde patiëntenpopulatie werden door vrouwen meer psychische dan functionele klachten gepresenteerd. Dit is voornamelijk een gevolg van het hoge percentage gepresenteerd depressief gedrag. De resterende door 16% van de praktijkpopulatie gepresenteerde uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren betroffen de vermoedelijk functionele stoornissen. Ondanks de vele hierover verschenen publicaties blijft het praktisch onmogelijk om exacte incidentie- of prevalentiecijfers te geven en deze aan de eigen bevindingen te toetsen.

Door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werd op grond van de continue morbiditeitsregistratie berekend, dat per jaar 1000 personen "at risk" 170 nieuwe gevallen bij mannen en 257 bij vrouwen te verwachten zijn. Dit komt ongeveer overeen met de getallen in het onderhavige onderzoek gedurende de selectieperiode. In dit onderzoek wordt een gelijke verdeling over de geslachten gevonden, doch in de jongste leeftijdsgroepen van 14-40 jaar werden er door mannen verhoudingsgewijs hogere percentages functionele klachten gepresenteerd dan door vrouwen. Dit duidt misschien op een grotere tendens bij jongere mannen om functionele stoornissen bij het eerste arts-patiënt-contact te presenteren. In een recente publicatie over chronische ziekten (Voorn 1983) wordt voor mannen een percentage van 8 en voor vrouwen van 12 gepresenteerde nieuwe gevallen met functionele stoornissen opgegeven. Voor chronische gevallen, voor een gedeelte identiek aan de oude gevallen in dit onderzoek, worden percentages van 3 voor mannen en 7 voor vrouwen vermeld. Een verhouding tussen de geslachten die ook in deze analyse tot uiting komt. Van de functionele syndromen treden in dit onderzoek het "gastroïntestinale syndroom" en het "syndroom van de presentatie van een scala van functionele klachten" op de voorgrond. De literatuur vermeldt daarnaast ook het cardiovasculaire en het locomotorische syndroom als belangrijke functionele syndromen (Oliemans, Cluysenaar en Oosterhuis) en in tegenstelling tot de bevinding in het eigen onderzoek ook het "hyperventilatiesyndroom" (Meijer, 1981).

Leeftijdsggebonden blijken vooral het locomotorische en het cardiovasculaire syndroom met respectievelijk de hoogste percentages in de leeftijdsgroepen 25-49 jaar en 40-49 jaar. Verder valt bij het gastroïntestinale syndroom en bij de "scala van functionele klachten" op, dat deze bij vrouwen een decennium later een piek bereiken dan bij mannen.

Een vergelijking van de verkregen gegevens uit dit transversale onderzoek met het totaalbeeld uit de literatuurverkenning leidt tot de volgende conclusies:

1. Uit de totaal gepresenteerde morbiditeit door de patiëntenpopulatie "at risk" van 14 jaar en ouder wordt een hoeveelheid psychische morbiditeit door deze huisarts herkend, dat globaal overeenkomt met de vermelde literatuurgegevens.
2. Van het geringe percentage gepresenteerde psychiatrische toestandsbeelden komt meer dan de helft voor rekening van het depressieve gedrag.
3. Ook de bevindingen van dit onderzoek duiden erop, dat tot de belangrijkste uitingsvormen van stressverwerking de spanningstoestanden behoren, met name het hyperaesthetisch-emotionele en het neurasthene syndroom.

4. Bijna de helft van de herkende psychische morbiditeit betreft de functionele stoornissen. Het gastroIntestinale syndroom en de presentatie van een scala van functionele klachten nemen hierbij de eerste plaats in.
5. Het totale beeld van de gepresenteerde en herkende psychische morbiditeit in deze huisartspraktijk wordt bepaald door de lichtere uitingsvormen van stressverwerking. De patiëntenpopulatie behorende tot de middelbare leeftijd van 30-50 jaar behoort tot de grootste risicogroep. In de literatuurverkenning werden hiervoor reeds duidelijke aanwijzingen gevonden.
6. Door middel van de, bij een deel van de patiëntenpopulatie afgenomen A.B.V., kon worden vastgesteld dat de patiëntenpopulatie zoals gediagnostiseerd door deze huisarts, ook als een selectie van patiënten met een relatief hoge neurotische labiliteit kan worden beschouwd.

Hoofdstuk 6. Arbeidsanalyse in een solo-huisartspraktijk.

Een kwantitatieve benadering van de opvang van de hulpvraag in een solo-huisartspraktijk door middel van een registratie van alle huisarts-patiënt-contacten over een periode van twee jaar met een tijdsanalyse.

6.0. Omschrijving van de doelstelling.

Het gehele onderzoek richt zich op de door deze huisarts onderkende uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren in één huisartspraktijk. In dit deelonderzoek gaat de belangstelling uit naar de wijze waarop in deze praktijk de totale hulpvraag wordt opgevangen en in het bijzonder welk aandeel hiervan voor de arts-patiënt-contacten betreffende uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren wordt opgeëist. Met een nauwgezette registratie van alle huisarts-patiënt-contacten met tijdsbeschrijving moet het mogelijk zijn om een beeld te verkrijgen van de hoeveelheid werk die een huisarts moet verrichten om aan het verwachtingspatroon van zijn patiënten te voldoen. Deze tweedelige "doelstelling" kan als volgt worden omschreven:

1. Het verkrijgen van meer inzicht in de arts-patiënt-contactfrequentie om aan de totale hulpvraag van deze patiëntenpopulatie te voldoen met bepaling van de hieraan bestede tijd.
2. Beschrijving van het aandeel in de totale hulpverlening dat aan de presentatie van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren wordt besteed.

Daar dit onderzoek zich tot één huisarts-patiëntenpopulatie beperkt, kan men de hieruit verkregen gegevens niet generaliseren. Wel zal het mogelijk zijn om de resultaten van deze arbeidsanalyse met gegevens uit andere studies te vergelijken, waarmee een waardevolle aanvulling wordt verkregen. Om dit te kunnen realiseren is een onderzoek naar gepubliceerde gegevens op dit gebied onontbeerlijk, zodat deze arbeidsanalyse met een literatuurverkenning zal worden ingeleid. Voor de operationalisatie van de beide aspecten van de doelstelling werd in dit onderzoek gekozen voor het vastleggen van het aantal verrichtingen per "werkdag" gedurende "twee" jaar in deze huisartspraktijk. Vervolgens werd nagegaan welke variabelen van invloed kunnen zijn op het verrichtingenpatroon in de huisartspraktijk.

6.1. Literatuurverkenning.

6.10. Indeling van de geselecteerde publicaties.

A. Arbeidsanalyses verricht in:

1. 22 solo-huisartspraktijken, waarvan acht voor 1960 (BUMA/BAK, 1952; deen van, 1952; FRY, 1952; FRY, 1957; HOGERZEIL, 1954; MERTENS, 1953; RUHE, 1958; STASSEN, 1953) en dertien na 1960 (BLOKLAND-KUHLER, 1974; BREMER, 1964; BRENKMAN, 1963; CARGILL, 1963; HUYGEN, 1967; VAN DER KOOIJ, 1979; KORVER, 1970; KRAMER, 1967; OLIEMANS/VAN DER VEN, 1975; SAAN, 1966;

- SMIT, 1974; VAN DER VELDEN, 1971; COLLYER, 1975). Ook het onderzoek van JANSEN-EMMER (1958) moet hier genoemd worden.
2. 5 groepspraktijken (FRY/DILLANE, 1964; MOORELL e.a., 1970; PEREIRA GRAY, 1979).
 3. 2 gezondheidscentra (HOEVEN VAN DER/HOGERZEIL, 1965; LAMBERTS, 1974, 1974/1975, 1981).
- B. Gecoördineerde onderzoeken, verricht door meerdere huisartsen, geleid en gerapporteerd door een of twee auteurs (AULBERS/DE WAARD, 1970; OLIEMANS, 1969; OLIEMANS/DE WAARD, 1969).
- C. Enquête-onderzoeken onder een groot aantal huisartsen, waarbij zowel de werkwijze als de arbeidslast nagegaan is (ADAM/TEN CATE; DIJKHUIS, 1964; VAN ELJK e.a., 1978; RAUPP, 1971; VAN DER WIELEN, 1960; KEMELING, 1979; NIPO ENQUETE, 1980; HUYGEN e.a. 1974; PERSOON e.a., 1974).
- D. Beschouwingen over de werkwijze en de tijdsbesteding van huisartsen (SAAN, 1966; SANDERS, 1966; SCHIFFNER, 1979; KEMELING, 1979; QUERIDO, 1979, 1980; VOORN, 1980; BUIJZE-DEN HOLLANDER e.a., 1980; DE LOOF, 1981; MULDER e.a., 1981; VAN DER VOORT/SIGLING, 1981; HUYGEN e.a., 1974).
- E. Bespreking van het huisartsenwerk gedurende een dag (BREMER, 1978; ELTING, 1972; OOSTERHUIS, 1972).
- F. De duur van de registratie- of onderzoeksperiode heeft betekenis bij de beoordeling van het verrichtingenpatroon in de huisartspraktijk, daar gegevens over een langere periode seizoensinvloeden en andere storende factoren kunnen uitsluiten. In het algemeen belooft de registratieperiode één jaar, met uitzondering van de bekende continu morbiditeitsregistratie gedurende 5 en 15 jaar van FRY (1957 en 1966). Eveneens van bijzonder lange duur is het door HUYGEN (1979) beschreven longitudinale gezinsonderzoek over een periode van 35 tot 40 jaar, waarin een groot aantal gegevens betreffende het aantal gezinscontacten per jaar en per gezinslid met aanduiding van geslacht van 25 gezinnen zijn opgenomen.
- G. Onderzoek naar de irregulaire werkbelasting in de huisartspraktijk werd verricht door SMIT (1974), AULBERS/DE WAARD (1970), CARGILL (1963), VAN DEEN (1952), VAN ELJK e.a. (1978), HUYGEN (1967), KORVER (1970), HUYGEN e.a. (1974), PERSOON e.a. (1974).

6.11. Samenvatting van de gepubliceerde gegevens uit het literatuuronderzoek.

De beoordeling geschiedt steeds vanuit een bepaald aandachtsveld, waarbij een samenvatting van de bevindingen van de diverse auteurs wordt gegeven.

Solo-huisartspraktijk.

1. Er is slechts een kleine aanduiding dat grote praktijken boven de 3500 patiënten een lager verrichtingscijfer hebben dan kleinere praktijken.
2. Hetzelfde moet geconstateerd worden t.a.v. aantallen of percentages consulten en visites per dag.

3. Opvallend zijn enkele grote verschillen in verrichtingscijfers bij praktijken van dezelfde grootte, vooral vóór 1960 (FRY, 1952; HOGERZEIL, 1954).
4. Hoewel Fry (1957) over 5 jaar dezelfde verrichtingscijfers vermeldt, hetgeen HUYGEN (1978) t.a.v. het verrichtingscijfer per gezin bevestigt, geeft SMIT (1974) een duidelijk verschil aan (1970: 2,9; 1971: 3,35; 1972: 4,49).
5. Vergelijking van de consult-visite ratio laat een duidelijk verschil zien in de onderzoeken vóór 1960 en erna, met verschuiving ten gunste van het aantal consulten. In de stad worden er minder visites afgelegd dan in een dorp, met weer een uitzondering (KRAMER, 1967). Globaal kan gesteld worden, dat er na 1970 een tendens merkbaar is van verschuiving van de verrichtingen naar het spreekuur met een consult: visite ratio van 3 : 1 naar 4 : 1.

Groepspraktijk.

1. Uit de 4 Engelse publicaties (FRY, 1964; MORRELL; PERREIRA; SMITH) bij een gemiddelde praktijkgrootte van 3000 patiënten blijkt, dat er tussen de samenwerkende huisartsen dezelfde verschillen t.a.v. verrichtingscijfers en consult-visite ratio's optreden als tussen de solo werkende huisartsen.
2. Uit de publicaties van Vrij (1975) en MULDER e.a. (1981) komt het verschil in werkwijze met de solo-huisarts vooral in de tijd besteed aan gestructureerd overleg tot uiting.

Gezondheidscentrum.

1. Ook hier weer dezelfde verschillen tussen de huisartsen in één centrum wat het gemiddeld aantal verrichtingen per huisarts betreft, waarbij in een grote praktijk meer verrichtingen per persoon per jaar worden verricht dan in een kleine praktijk, (LAMBERTS, 1974-1975, 1981). Hierbij komt tevens duidelijk tot uiting, dat de verrichtingscijfers t.o.v. de onderzoeken van vóór 1960 niet wezenlijk veranderd zijn.
2. Ook VAN DER HOEVEN (1965) geeft een hoog verrichtingscijfer van 5,3 voor het Philips Gezondheids Centrum op, hetgeen bij de solo-huisartsen beduidend lager ligt, van 2,6 tot 4,5.

Geen contact tijdens onderzoeksperiode.

1. Dit is het enige gegeven uit het literatuuronderzoek waarover door alle auteurs bijna dezelfde bevindingen werden geregistreerd, namelijk gemiddeld 25% over alle tijdsperiodes, voor mannen een 5% hoger percentage dan voor vrouwen. Uitgezonderd BRAMLAGE (1962), doch dat betrof een steekproefenquête onderzoek.

Seizoeninvloeden.

1. Uit 7 publicaties blijkt, dat het 1e kwartaal het hoogste percentage verrichtingen vertoont, gevolgd door het 4e. Over het 2e en 3e kwartaal zijn de opgaven bij 4 auteurs verdeeld, bij de anderen waarschijnlijk beïnvloed door het praktiseren in een toeristengebied.

Gezin.

1. Uit 4 publicaties betreffende de gegevens uit 10 praktijken komt eensluidend tot uiting, dat er een vrij sterke verlaging van het aantal verrichtingen per gezin optreedt bij toename van het aantal personen per gezin. Alleenstaanden hebben een relatief hoog verrichtingscijfer, (LAMBERTS, 1974-1975; JANSEN-EMMER, 1958; VAN DER VELDEN, 1971).
2. Uit het longitudinale onderzoek van HUYGEN (1978) over 35-40 jaar blijkt, dat er een consistentie over vele jaren per gezin aan te tonen is wat het aantal verrichtingen per jaar betreft, waarbij voor een normaal functionerend gezin het gemiddeld aantal contacten voor aandoeningen op + 18 gesteld kan worden. DE VRIES (1973) vond bij de helft der gezinnen een consultation rate van 4-11 en bij 1/4 12-23.

Leeftijdscategorieën.

1. In 16 publicaties worden zowel de leeftijdsgrenzen per groep, als de epidemiologische eenheden verschillend gehanteerd, doch globaal kan men stellen, dat de 0-5 jarigen en de 50 plussers de hoogste percentages scoren en 5-20 jarigen de laagste. Verder wordt een opklimmend percentage in de leeftijdsgroep 20-30 jaar genoteerd en bij diverse auteurs een daling in de leeftijdsgroep 40-50 jaar.

Verzekeringwijze.

1. De verzekeringwijze komt in 8 publicaties aan de orde, waarbij in alle studies tot uiting komt, dat ziekenfondsverzekerden vaker het spreekuur bezoeken dan particulieren en er voor particulieren relatief meer visites worden verricht (dus een lager consult-visitatie ratio). Het totale verrichtingscijfer ligt voor ziekenfondsverzekerden hoger dan voor particulieren.

Tijdsanalyse.

1. Uit de 7 publicaties, waarin de tijdsbesteding aan de orde komt, wordt voor consulten gemiddeld een tijd, variërend van 2,5-6 minuten opgegeven en voor visites 4,3 tot 15 minuten, waarbij in vele gevallen niet wordt vermeld of het in- of exclusief de rijtijd is.

Irregulariteit.

1. Hoewel in 12 studies de irregulariteit ter sprake komt, zijn er slechts 5 geheel op deze problemen in de huisartspraktijk gericht, doch de gegevens zijn zo uiteenlopend dat hier alleen vermeld kan worden, dat SMIT (1974) voor het totale aantal verrichtingen over 2 jaar 2% spoedgevallen noteerde. Bij de irregulariteit gaat het echter niet om de werkelijke tijdsbelasting, doch om de te verwachten spoedgevallen en de frustratie over het onnodig belasten, dat volgens KORVER (1970) in 1/3 van de weekendwaarnemingsverrichtingen het geval is.

Geslacht.

1. In alle publicaties komt het bekende feit naar voren, dat vrouwen meer verrichtingen scoren dan mannen, zowel voor consulten als visites, waarbij er echter relatief meer visites genoteerd worden voor vrouwen dan mannen. Dit komt ook tot uiting bij relatering aan de leeftijdsgroep en de verzekeringswijze.

6.12. Bespreking van enkele publicaties met beschouwingen over de werkwijze en de arbeidsbelasting van de huisarts.

Met 3 studies gericht op het "huisbezoek" (KAPTEIN, 1979; HEMMINK, 1979 en KEMELING, 1979), waarin zowel de visie van de huisarts als die van de patiënt wordt belicht, komt het nut van het visites afleggen duidelijk naar voren. Buiten de medische noodzaak, wordt onderstreept, dat deze bezoeken bijdragen tot de opbouw van een positieve arts-patiënt relatie, waarbij de gegeven geruuststelling en het verkregen gevoel van zekerheid voor de patiënt de belangrijkste effecten zijn. Het aanvoelen van de sfeer in het gezin is belangrijker dan de observatie van de gezinsinteracties.

De studie van PEL (1964) laat zien, dat er in Nederland over een tijdsperiode van 5 jaar over een "vast morbiditeitspatroon" kan worden gesproken. De NIPO-enquête geeft aanvullende gegevens op de arbeidsanalyses, met contactfrequenties voor de gezinnen, die voor de leeftijdsgroep van 25-35 jaar op gemiddeld 6 per jaar blijken te liggen. De beschrijving van de dagtaak van een huisarts, vanuit verschillende invalshoeken belicht, door BREMER (1978), OOSTERHUIS (1972) en ELTING (1972), geven een levendig beeld van de problematiek waarmee de huisarts dagelijks geconfronteerd wordt en de wijze waarop deze mogelijk gehanteerd kan worden.

Twee artikelen van VOORN (1980) en QUERIDO (1980) geven respectievelijk de verschillen in belasting van de huisarts in een kleine dorpspraktijk en een kleine grotestadspraktijk in een vervallen buurt weer; waarbij vooral tot uiting komt dat de onmacht t.a.v. de hulpverlening het meest belastend en frustrerend voor de huisarts is. Bij afsluiting van deze literatuurverkenning blijft de actuele vraag onbeantwoord wat nu de ideale praktijkgrootte zou moeten zijn. Ondanks een serie publicaties, gestart door SAAN (1966) en de laatste drie jaar goed op gang gekomen door het dreigend huisartsen overschot, is hier nog steeds geen afdoende antwoord op te geven. Hierbij komen vele aspecten aan de orde, waaronder de kwaliteitsverbetering van het werk van de huisarts, door nascholing en toetsing (CROMME, 1980); de tijd nodig voor effectief overleg binnen de 1e lijn (MULDER e.a., 1981; VRIJ, 1975); en de tijd nodig om anticiperend te kunnen werken (VAN DEN DOOL, 1970; VAN WEEL, 1980). De nadelen van praktijkverkleining, te geringe ervaring door een te klein morbiditeitsaanbod, alsmede de mogelijk te afhankelijke positie t.a.v. de patiënt, zijn door BECKING (1979), DOKTER (1980) en HUYGEN (1977) aan de orde gesteld. Door BUIJZE-den HOLLANDER en KNOTTNERUS wordt het argument van te geringe ervaring weerlegd (1980). Ervaring is niet de enige en belangrijkste factor die de deskundigheid bepaalt, zij leggen de nadruk op kwaliteitsverbetering door nascholing, toetsing, intercollegiaal overleg en het bijhouden van de vakliteratuur.

6.13. Conclusies betreffende deze literatuurverkenning.

1. Voor een zinvolle en verantwoorde vergelijking van de literatuurgegevens is een praktijkomschrijving met internationaal gestandaardiseerde eenheden noodzakelijk, (LAMBERTS, 1981, WONCA, 1981; DE LOOF, 1981) met als voornaamste parameters:
 - a. de gemiddelde praktijkpopulatie "at risk". (denominator);
 - b. een gestandaardiseerde indeling van de leeftijdscategorieën;
 - c. dezelfde hantering van de contactfrequentie cijfers (per 1000 personen);
 - d. eenzelfde indeling van de sociale klassen;
 - e. hantering van de epidemiologische begrippen zoals in de WONCA-glossary, 1981, omschreven.

De meest opvallende bevinding bij dit literatuuronderzoek is juist het ontbreken van enige overeenstemming van de gehanteerde eenheden in de diverse studies, waardoor de resultaten van dit onderzoek teleurstellend moeten worden genoemd. Dit heeft tot gevolg, dat de conclusies vaag blijven.

2. De "verrichtingscijfers" en de gegevens betreffende de "tijdsanalyses" variëren sterk. Er is geen duidelijk verband te leggen met de praktijkgrootte en organisatievorm.
3. In de afgelopen 30 jaar is er alleen een sterke verschuiving van de "consult-visite ratio" ten gunste van de consulten aan te tonen. De arts-patiënt-contactfrequentie blijft hetzelfde beeld vertonen.
4. Ten aanzien van het "geslacht" kan men stellen, dat vrouwen bij alle relateringen overwegen t.o.v. mannen. Dit geldt ook bij visites, doch hier speelt de brugfunctie van de moeder tussen gezinsleden en huisarts een nog belangrijker rol dan bij het spreekuurbezoek.
5. Opvallend is de overeenstemming in praktisch alle publicaties over het percentage patiënten van de totale praktijkpopulatie dat gedurende de onderzoeksperiode "geen contact" met de huisarts heeft, namelijk 25% per jaar.
6. Wat de "leeftijdsgroepen" betreft, is het duidelijk, dat de hoogste verrichtingscijfers worden gescoord bij de 0- tot 5-jarigen en de 50 plussers, terwijl de 5-20 jarigen laag scoren. Ditzelfde beeld treedt aan het licht bij de beoordeling van de arbeidsverdeling, waarbij tevens kan worden vermeld, dat een klein percentage van de praktijkpopulatie (ongeveer 20%) een groot deel (80%) van de tijd van de huisarts vergt.
7. Bij toenemende gezinsgrootte komt in de meeste publicaties een duidelijke verlaging van het verrichtingscijfer tot uiting.
8. De verzekeringswijze blijkt van invloed op de medische consumptie, in die zin dat ziekenfondsverzekerden vaker de huisarts consulteren dan particulier verzekerden, welke laatsten relatief meer huisbezoeken aanvragen.
9. De persoonlijkheidskenmerken van de huisarts bepalen in sterke mate de diversiteit in de bevindingen, zowel bij degenen die als solist, als bij degenen die in groepsverband werkzaam zijn.

6.2. Arbeidsanalyse.

6.20. Vraagstellingen.

De operationalisatie van de beide aspecten van de doelstelling kan het beste worden gerealiseerd aan de hand van de volgende vraagstellingen:

1. Hoe groot is het verrichtingscijfer in dit onderzoek voor de totale praktijkpopulatie, gedifferentieerd naar geslacht en verzekeringsvorm, spreekuurconsulten en huisbezoeken?
2. In hoeverre komen de berekende verrichtingscijfers uit het eigen onderzoek overeen met die in het literatuuronderzoek?
3. Welk verrichtingenpatroon komt er bij berekening van het gemiddelde aantal verrichtingen per werkdag aan het licht ten aanzien van de werkweek, zowel ten aanzien van de totale praktijkpopulatie als de arts-patiënt-contacten ten behoeve van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren?
4. Komt er in het verrichtingenpatroon over het jaar beoordeeld een aanduiding van seizoensinvloeden tot uiting, zowel ten aanzien van alle contacten, als de arts-patiënt-contacten t.b.v. psychische stoornissen en functionele klachten?
5. Hoe groot is het aandeel in de totale hulpverlening, dat door deze huisarts aan uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren werd besteed?
6. Welk beeld geeft het verrichtingenpatroon buiten de normale werktijden in deze huisartspraktijk?
7. Welk aandeel van de weekendverrichtingen wordt aan de psychosociale problematiek besteed?
8. Welk aandeel van de totale tijdsbesteding wordt aan de psychosociale hulpverlening besteed?

6.21. Opzet en methode van onderzoek.

De beantwoording van de vraagstelling door middel van deze arbeidsanalyse geeft de mogelijkheid om de hulpvraag van de praktijkpopulatie nader te concretiseren. Hierbij moet natuurlijk rekening gehouden worden met de, in het literatuuronderzoek vermelde factoren die de hulpvraag beïnvloeden.

Daarbij is de instelling van de huisarts van belang, daar deze zowel de drempel om de huisarts te raadplegen, als de contactfrequentie bij de behandeling beïnvloedt (VAN DER PLOEG, 1976, 1977, 1980). Tevens is duidelijk aangetoond, dat ook persoonlijkheidskenmerken van de patiënt, de klagbehoefte en de tendens om hulp in te roepen, bepalend zijn. (CASSEE, 1969 en 1973; MOLL van CHARANTE, 1978; NEVEN, 1980). De praktijk en de praktijkpopulatie zijn in paragraaf 4,4 en 4,30 uitvoerig beschreven. Daarbij is duidelijk aangegeven op welke populatie deze arbeidsanalyse betrekking heeft.

1. Registratiemethode.

Door middel van een continue arts-patiënt-contact registratie gedurende een onderzoekperiode van "twee" jaar (1969 en 1970) werden de gegevens met behulp van een dubbele boekhouding verzameld, waarbij:

- A. op "weekstaten" alle contacten, ongeacht de aard van het contact, werden genoteerd; en
- B. daaraan parallel werd een registratie bijgehouden op "dagstaten" van alle contacten, die naar het oordeel van deze huisarts de presentatie van psychische stoornissen of functionele klachten betroffen, waarbij naam en geslacht, alsmede diagnose-categorie werd vermeld.

Om een bepaald stramien te ontwikkelen werd er eerst gedurende ongeveer een half jaar voorafgaande aan de selectieperiode gestart met het turven van de contacten en werd er tevens getraind in het vastleggen van de aan de verrichtingen bestede tijd, de "tijdsbeschrijving" die genoteerd werd op de dagstaten.

2. Operationalisatie.

Voor de operationalisatie van de vraagstellingen worden de volgende "onderzoeksvariabelen" gehanteerd:

1. de verrichtingen t.b.v. mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder en kinderen tot 20 jaar, ongeacht aard van de klacht;
2. de verrichtingen t.b.v. mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder op grond van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren;
3. de verrichtingscategorieën: spreekuurconsulten en huisbezoeken;
4. de differentiatie naar financiële relatie t.a.v. de huisarts: ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden.

De keuze van de variabelen die van invloed kunnen zijn op de praktijkvoering en het daarmee samenhangende verrichtingenpatroon blijft beperkt tot:

1. de relatie met het "geslacht";
2. de relatie met de "seizoenen";
3. de relatie met de "aard" van de gepresenteerde klacht of aandoening. Met name het al of niet samenhangen met uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren.

De "arbeidsbelasting" wordt gemeten aan de hand van:

1. het "verrichtingscijfer" over de twee observatiejaren;
2. het gemiddelde "aantal" verrichtingen per "werkdag", berekend per 1000 patiënten;
3. het gemiddelde aantal verrichtingen per werkdag, berekend per "maand", om de seizoensinvloeden te beoordelen.

3. Omschrijving van de begrippen die in dit deelonderzoek worden gehanteerd, waarbij de definities van "The research unit of the Royal College of General Practitioners", vastgelegd in de "General practice glossary" (1973), zijn overgenomen en getoetst aan de onlangs verschenen "International glossary for primary care" (1981).

CONSULT/VERRICHTING : ieder persoonlijk (direct) contact op het spreekuur of bij de patiënt thuis.

VERRICHTINGSCIJFER : gemiddeld aantal verrichtingen, per patiënt, contact frequentie : per jaar, berekend over de gemiddelde totale praktijkpopulatie en uitgedrukt in percentages of promillages.

CONSULT - VISITE RATIO : is de C/V - coëfficiënt, waarbij de hulpverlening op het spreekuur wordt vergeleken t.o.v. de visites per patiënt per jaar, gerelateerd aan de totale populatie.

Praktijkpopulatie : Totaal aantal patiënten waarvoor de huisarts geacht wordt verantwoordelijk te zijn. (registered patiënt-population)

V e r z e k e r d e patiënten = ziekenfondsverzekerden, waarbij de financiële relatie t.o.v. de huisarts op een abonnementssysteem berust, gehonoreerd door de ziekenfondsen.

P a r t i c u l i e r e patiënten, waarbij de financiële relatie t.o.v. de huisarts op een vergoeding per verrichting aan de huisarts berust.

6.22. Bespreking van het verrichtingscijfer.

Het verrichtingscijfer, waaronder verstaan wordt het aantal verrichtingen per patiënt per jaar, leent zich goed voor vergelijking met andere studies en wordt daarom ook in dit onderzoek berekend. In de TABEL 6-I zijn de, over de jaren 1969 en 1970 verkregen getallen gerangschikt naar de drie in deze arbeidsanalyse gehanteerde onderzoekscategorieën. Opvallend is het lage verrichtingscijfer voor de jeugd. Dit is echter niet zo vreemd, omdat in de literatuur wordt aangegeven, dat het hoogste verrichtingscijfer wordt genoteerd voor kinderen van 0-5 jaar en het laagste voor jeugd van 5-20 jaar.

T A B E L 6 - I

V E R R I C H T I N G S C I J F E R S ^X						
C a t e g o r i e P a t i ë n t e n		g e m i d d e l d e n		t o t a l e n		g e m i d d e l d
		voor spreekuur contacten	voor huis- bezoeken	voor zieken- fonds	voor particu- lier verzekerden	
MANNEN	vanaf 20 jaar	2,0	0,5	3,0	1,9	2,5
VROUWEN	vanaf 20 jaar	2,9	0,9	4,4	3,2	3,8
JEUGD	tot 20 jaar	0,8	0,6	1,4	1,4	1,4
TOTALE PRAKTIJK-POPULATIE		1,9	0,6	2,9	2,2	2,6

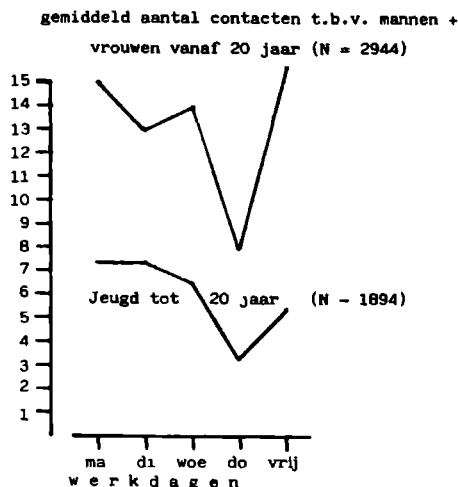
X berekend over de jaren 1969 en 1970.

Verder blijkt, dat volwassen vrouwen in alle onderzoekscategorieën een beduidend hoger verrichtingscijfer vertonen dan de mannen. Het sterk overwegen van de spreekuurcontacten t.o.v. de huisbezoeken bij de mannen en de vrouwen komt bij de jeugd niet tot uiting. Het verrichtingscijfer voor het totale praktijkbestand werd voor 1969 berekend op 2,6 en voor 1970 op 2,5, waaruit een zekere consistentie van het aantal verrichtingen valt waar te nemen bij een toenemende praktijkgrootte van globaal 17%. Ook gedifferentieerd naar onderzoekscategorie blijft deze consistentie waarneembaar. In deze arbeidsanalyse blijkt het verrichtingscijfer voor ziekenfondsverzekerden duidelijk hoger te liggen dan voor particulier verzekerden. Vergeleken met de literatuurgegevens zijn alle berekende cijfers aan de lage kant. Ten aanzien van de "consult/visite ratio" worden er in de literatuur getallen variërend van 2,1 tot 4,5 vermeld. In dit onderzoek werd er voor de ziekenfondsverzekerden een consult/visite ratio van 2,6 en voor particulier-verzekerden van 2,8 gevonden, gemiddeld over beide jaren. Bij toenemende praktijkgrootte werd een toename van het aantal spreekuurcontacten ten koste van de huisbezoeken geconstateerd.

6.23. Beschrijving van het gemiddelde aantal verrichtingen per werkdag.

De verdeling van het gemiddelde aantal verrichtingen per werkdag over de week is sterk afhankelijk van de praktijkvoering en van de regeling van het afspraakspreekuur. In deze praktijk was een vrije donderdagmiddag ingevoerd. Het verrichtingenpatroon zoals dat uit de berekeningen voor deze praktijk te voorschijn komt is in de grafiek 6-1 weergegeven. De dip wordt veroorzaakt door de vrije donderdagmiddag.

GRAFIEK 6-1 Gemiddeld aantal verrichtingen per
1000 patiënten per werkdag voor de
totale gepresenteerde morbiditeit.

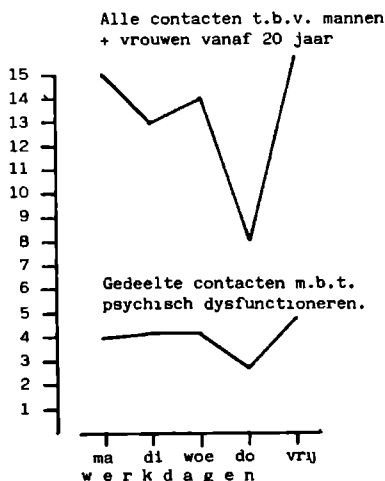


In het algemeen kan men zeggen, dat in deze praktijk de maandag en de vrijdag voorkeursdagen voor spreekuurcontacten zijn. Ook de huisbezoeken werden, zowel voor mannen als vrouwen, het vaakst aangevraagd op de maandagen en vrijdagen, hetgeen ook FRY (1957) bevestigt. In de literatuur wordt hierover verder niets medegedeeld, alleen Oliemans vermeldt, dat er in zijn onderzoek weinig spreiding van het aantal verrichtingen over de werkdagen werd gevonden. Belangrijk is het gemiddelde totale aantal verrichtingen per werkdag, dat voor deze praktijk voor 1969 op 10,7 en voor 1970 op 10 per 1000 patiënten werd berekend. Er werden driemaal zoveel spreekuurcontacten als huisbezoeken geregistreerd.

6.24. Beschrijving van het deel van de totale hulpverlening dat aan de gepresenteerde uitingsvormen van psychisch dysfunctio- neren werd besteed.

Wanneer men nu het patroon over de werkweek bekijkt voor de verrichtingen die aan psychische stoornissen en functionele klachten werden besteed, ziet men hetzelfde beeld, zoals grafiek 6-2 duidelijk laat zien. Gedifferentieerde berekeningen voor de mannelijke en vrouwelijke populatie in beide onderzoeksjaren laten geen essentiële verschillen zien.

GRAFIEK 6-2: Gemiddeld a a n t a l verrichtingen per w e r k d a g per 1000 patiënten voor de volwassen mannelijke en vrouwelijke praktijkpopulatie "at risk", waarbij de bovenste curve a l l e arts-patient-contacten betreft, ongeacht de aard en reden van het contact, en de onderste curve de contacten, waarbij uitingsvormen van psychisch dysfunctio-
neren aan de orde komen.



In percentages uitgedrukt werd 33% van alle spreekuurcontacten over beide jaren besteed aan deze klachten, zowel bij differentiatie naar geslacht als verzekeringsvorm. Ten aanzien van de huisbezoeken werden er bij mannen percentages van 5-10 gevonden en bij vrouwen van 10-18. De verzekeringsvorm was hierbij van geen invloed. Dit laatste gegeven duidt er op, dat deze huisarts tijdens het onderzoek met beide categorieën patiënten relatief gezien even frequent contact had voor de behandeling van psycho-sociale problematiek of voor uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren. Opvallend is het tweemaal zo hoge percentage bij de huisbezoeken voor de vrouwen ten opzichte van de mannen. Vaak zal dit een gecombineerd bezoek betreffen, zowel voor de moeder als de kinderen, waarin de brugfunctie van de moeder tussen huisarts en kinderen tot uiting komt en waarbij naast somatische ook psycho-sociale problematiek aan de orde komt.

T A B E L 6 - II

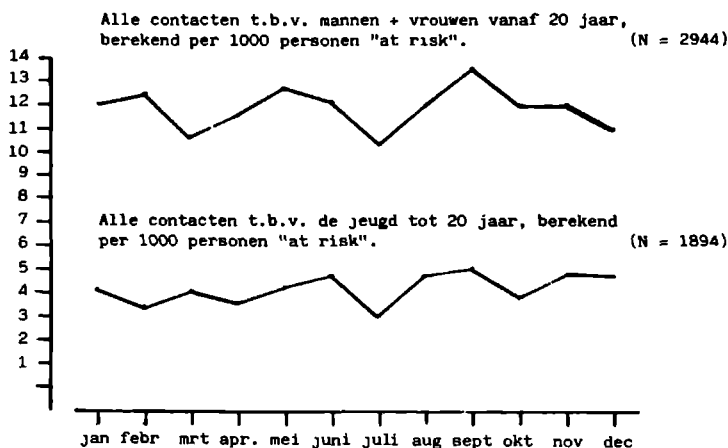
P e r c e n t a g e s van het totale aantal arts-patiënt-contacten dat aan uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren werd besteed.

Categorie patiënten	spreekuurcontacten		huisbezoeken	
	ziekenfonds	part.	ziekenfonds	part.
M a n n e n vanaf 20 jaar	32,7 %		6,9 %	
V r o u w e n vanaf 20 jaar	34 %		14,5 %	
M a n n e n vanaf 20 jaar	31 %	34 %	7,4 %	6,4 %
V r o u w e n vanaf 20 jaar	34 %	34 %	12,5 %	16,5 %

6.25. Beschrijving van seizoensinvloeden op het verrichtingenpatroon.

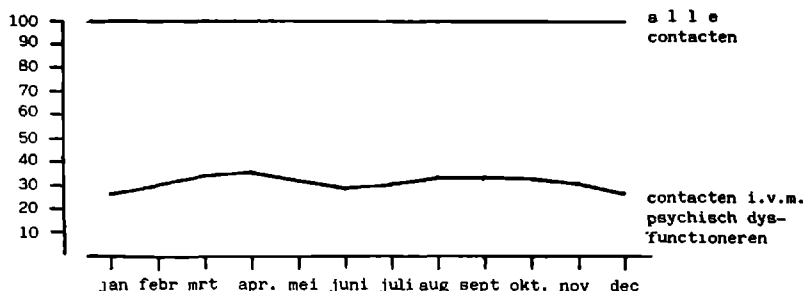
Nadat uit gedifferentieerde berekeningen was vastgesteld, dat er én voor mannen én voor vrouwen een parallel verloop van de verrichtingencurve in de grafieken tot uiting kwam in de beide onderzoeksjaren en bij relatering naar verzekeringsvorm, kon deze curve gecombineerd worden tot één, zoals in grafiek 6-3 is uitgebeeld. Hieruit valt af te lezen, dat de maanden mei en september de hoogste en de vakantiemaand juli de laagste contactfrequentie tonen. Eenzelfde berekening voor de huisbezoeken, gedifferentieerd naar de drie onderzoekscategorieën, geeft een gelijkvormig verloop van de verrichtingencurves met alleen in de maanden januari en december kleine pieken. In de literatuur scoren het Ie en IVe kwartaal de hoogste contactfrequenties.

GRAFIEK 6-3: Gemiddeld aantal verrichtingen per werkdag per maand, berekend voor volwassenen en jeugdigen per 1000 personen "at risk".



Wanneer men het deel van de totale hulpverlening dat aan de gepresenteerde uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren over het gehele jaar beoordeelt blijken de percentages te schommelen tussen de 26,6 en 35,7 met een gemiddelde van 31,5 per maand. (Grafiek 6-4). In december en januari worden de laagste percentages gevonden en in april het hoogste, zodat er een lichte seizoensinvloed geconstateerd kan worden in de presentatie van psycho-sociale problematiek.

GRAFIEK 6-4: Percentage contacten in verband met psychisch dysfunctioneren ten opzichte van alle contacten voor volwassenen van 20 jaar en ouder.



6.26. De verrichtingen buiten de normale werkdag.

Hoewel het werk buiten de normale werkuren in de literatuur vaak als irregulaire verrichtingen worden aangeduid, omvat dit begrip eigenlijk ook spoedvisites en spoedconsulten tijdens de dagelijkse praktijkvoering. Deze zijn echter bij dit onderzoek niet afzonderlijk geregistreerd, zodat de gegevens uitsluitend de avond-, nacht- en weekend-arts-patiënt contacten betreffen. Hierover kunnen de volgende bevindingen worden vermeld:

- I. Bij berekening van de "avond-" (tussen 20 en 24 uur) en "nacht-" (tussen 24 en 8 uur) verrichtingen" per registratiejaar komen er enkele opmerkelijke feiten aan het licht:
 - a. Het aantal avondconsulten en visites is in beide registratiejaren voor beide verzekeringsvormen afzonderlijk beoordeeld ongeveer gelijk.
 - b. Dit blijkt voor de particulierverzekerden t.a.v. de nachtconsulten en visites eveneens het geval, doch bij de ziekenfondsverzekerden valt het praktisch ontbreken van de nachtconsulten op.
 - c. Bijzonder opmerkelijk is het lage aantal verrichtingen dat buiten de normale werkuren in deze praktijk werd geregistreerd, namelijk voor 1969 per patiënt per jaar 0,1 verrichting of 1,6% van het totaal aantal verrichtingen. Voor het jaar 1970 zijn deze getallen resp. 0,1 verrichting per patiënt per jaar of 1,4% van het totaal aantal verrichtingen.
 - d. Het aantal verrichtingen buiten de normale werkuren ten behoeve van de psycho-sociale hulpverlening is dermate gering, dat deze noch in getal, noch in percentages zijn uit te drukken.

De nachtconsulten ontbreken geheel en de nachtvisites zijn te verwaarlozen. Voor 1969 is met 18 avondconsulten en 16 nachtvisites de arbeidsbelasting ten aanzien van deze categorie patiënten beschreven en voor 1970 met respectievelijk 5 en 7 verrichtingen (N = 1199).

- II. Ook de berekeningen voor de weekendverrichtingen leveren lage arts-patiënt-contact frequenties op. Op de zaterdagen worden er eens zoveel arts-patiënt-contacten geregistreerd als op de zondagen en wel gemiddeld over de beide registratiejaren voor de ziekenfondsverzekerden in totaal 2-2½ verrichting voor de zaterdagen en 1½ verrichting voor de zondag. Voor de particulierverzekerden in de gehele praktijk komt men amper op 1 verrichting per weekenddag. De hulpverlening in verband met psycho-sociale problematiek tijdens het weekend is niet in gemiddelden uit te drukken. Alleen op de zaterdagen worden er een aantal verrichtingen per jaar genoteerd, voornamelijk visites, terwijl er op de zondagen een sporadische verrichting is genoteerd. Hoewel getracht is om tijdens de onderzoeksperiode zo nauwkeurig mogelijk alle verrichtingen te registreren, hangt de betrouwbaarheid geheel af van de berichtgeving van de dienstdoende collega, zodat er mogelijk toch een vertekend beeld is opgetreden.
- III. In zijn totaliteit beoordeeld kan men stellen, dat de belasting buiten de normale werkuren in deze grote huisartspraktijk bijzonder meevalt en zeker tegengesteld is aan de algemene indruk die deze huisarts zelf hieromtrent had. Deze indruk werd door vele collegae gedeeld. De mentale belasting tijdens deze werkperiodes is echter slecht in aantallen verrichtingen uit te drukken, daar vooral de voortdurende alertheid essentieel is, evenals de beoordeling in hoeverre een telefonische hulpvraag eventueel met een huisbezoek beantwoord dient te worden. Zelfs het wachten op een volgende hulpvraag kan als een merkwaardige vorm van stress worden omschreven.

6.27. Beoordeling van de tijdsanalyse.

Een nauwgezette registratie van de behandelingsduur gedurende twee jaar van alle verrichtingen geeft bij berekening voor de totale praktijk een gemiddelde werkdag van 9½ uur voor beide registratiejaren (N gem. '69 + '70 = 4838).

Bij een gemiddeld aantal verrichtingen van 50,6 per dag/ spreekuur-contacten en visites) betekent dit een verrichtingsduur van 11,6 minuten. Hierbij wordt geen verschil in arbeidsbelasting tussen de verzekeringscategorieën gevonden, dit in tegenstelling tot de diverse literatuurgegevens. Gemiddeld werd in 1969 32% en in 1970 28% van de totale voor de hulpverlening benodigde tijd aan de categorie patiënten met psychische stoornissen of functionele klachten besteed. De medische administratie vergde voor de totale morbiditeit 1 uur (voor de psycho-sociale problematiek 1/3 uur) per dag.

6.28. Samenvatting van de arbeidsanalyse.

1. In dit onderzoek werden alle verrichtingen ten behoeve van mannen en vrouwen van 20 jaar en ouder en kinderen tot 20 jaar gedurende twee jaar geregistreerd, ongeacht de aard van de aandoening of klacht. Voor uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren werden alleen de volwassenen van 20 jaar en ouder in dit onderzoek betrokken.
2. Bij de beoordeling van de verrichtingscijfer valt het lage getal van 1,4 voor de jeugd tot 20 jaar op. Bij vrouwen werd een hoger verrichtingscijfer dan bij mannen geregistreerd, namelijk respectievelijk 3,8 en 2,5. Verder bleek het verrichtingscijfer voor het totale praktijkbestand over de beide onderzoeks-jaren gemiddeld respectievelijk 2,6 en 2,5 te bedragen, ondanks een toenemende praktijkgrootte van globaal 17,5%. De ziekenfonds-verzekerden toonden een hoger verrichtingscijfer dan de particulierverzekerden, hetgeen voor beide geslachten werd vastgesteld. Bij de jeugd tot 20 jaar werden er geen verschillen tussen de beide verzekeringscategorieën gerubriceerd en ook het verschil tussen spreekuurconsulten en huisbezoeken bleek gering te zijn.
3. Vervolgens werd het gemiddeld aantal verrichtingen per werkdag berekend. Voor volwassenen kon dit op gemiddeld 13 en voor de jeugd op 6 verrichtingen per 1000 personen "at risk" worden gesteld. Voor volwassenen werden er driemaal zoveel spreekuurconsulten als huisbezoeken genoteerd, terwijl ziekenfondsverzekerden per 1000 patiënten "at risk" tweemaal zo vaak een beroep op de huisarts deden als particulierverzekerden. Bij de jeugd tot 20 jaar waren deze verschillen minimaal.
4. Het deel van het totale aantal verrichtingen besteed aan de psychische morbiditeit bleek gemiddeld over deze twee jaar 31,5% te bedragen. Voor de spreekuurconsulten kwam er geen duidelijke invloed van geslacht of verzekeringsvorm tot uiting. Bij de huisbezoeken waren de percentages voor vrouwen tweemaal zo hoog als voor mannen.
5. Ten aanzien van de seizoensinvloeden kon voor volwassenen en jeugd geen verschil in contactfrequentie worden aangetoond. De vakantiemaand (ook van deze huisarts) veroorzaakte een dip in juli in het diagram. In de maanden mei en september werden er pieken geregistreerd. De beoordeling van het percentage van de totale hulpverlening dat voor de psychisch dysfunctionerende patiënten over een jaar werd berekend, laat voor de maanden januari en december de laagste percentages zien en het hoogste percentage in de maand april.
6. Een analyse van het verrichtingenpatroon "buiten de normale werktijd" (avond en nacht contacten) gaf een opmerkelijk laag aantal verrichtingen in deze praktijk te zien voor zowel het totale aantal verrichtingen (gemiddeld 1,5% in twee jaar) als voor die ten behoeve van de psychosociale hulpverlening. Dit geldt eveneens voor de weekendverrichtingen.

7. Tenslotte leverde de "tijdsanalyse" een "werkdag" van gemiddeld 9½ uur op voor beide registratiejaren, ofschoon de gemiddelde praktijkgrootte in het eerste jaar + 4400 en in het tweede jaar + 5200 patiënten bedroeg. Bij een gemiddeld aantal verrichtingen van 50,6 per werkdag komt dit op een verrichtingsduur van 11,5 minuut (inclusief rijtijden bij visites afleggen). Gemiddeld werd in 1969 32% en in 1970 28% van de totaal voor de hulpverlening benodigde tijd aan de gepresenteerde psychische morbiditeit besteed.
8. De totale "medische administratie" vergde gemiddeld nog eens 1 uur per werkdag, waarvan gemiddeld 1/3 gedeelte de psychosociale hulpverlening betrof.

6.3. Bespreking.

Deze kwantitatieve benadering van de hulpverlening heeft betrekking op één grote stadspraktijk. De tijdsperiode 1969 en 1970, de praktijkgrootte en de sterk persoonsgebonden wijze van praktijkvoering verlenen aan de verkregen gegevens slechts geringe representatieve waarde. Alleen aan de onderlinge verhoudingen van de bevindingen per gehanteerde patiëntenpopulatie kan informatieve betekenis worden toegekend. Hierop zal dan ook in deze bespreking het accent worden gelegd. Het doel van deze analyse was om het deel van de totale hulpverlening dat aan de behandeling van de psychische morbiditeit werd besteed in kaart te brengen. Deze vergelijking van de arbeidsbelasting moest tot de volwassenen van 20 jaar en ouder beperkt blijven. Over de beide jaren berekend werd 33% van alle spreekuurcontacten besteed aan psychische stoornissen en functionele klachten, zowel bij differentiatie naar geslacht en verzekeringsvorm.

Bij de huisbezoeken komt er wel enig verschil naar voren, daar er bij de mannen een percentage van 5-10 voor psychische morbiditeit werd gevonden en bij vrouwen een percentage, variërend van 10 tot 18. Ook hier bleek de verzekeringsvorm van geen invloed. Mogelijk speelt hier de specifieke functie van de (huis)vrouw in de arts-patiënt-contacten een belangrijke rol. Een beoordeling van het gemiddelde aantal verrichtingen per werkdag, berekend per maand over beide jaren laat geen verband met de seizoenen zien. Voor de totale praktijkpopulatie werd zowel voor de jeugd als volwassenen de laagste contactfrequentie in de vakantiemaand juli en de hoogste in de maanden mei en september geregistreerd. Dit laatste gegeven berust waarschijnlijk op een inhaaleffect na de vakanties, doch voor mei is er geen duidelijke verklaring aan te geven. Ook het optreden van epidemietjes van viraalinfecten komt in deze onderzoeksgegevens niet tot uiting. Het door Pel gevonden vaste morbiditeitspatroon voor Nederland kon dus niet bevestigd worden. Een verrassender uitslag geeft de berekening van het percentage van de totale hulpvraag dat op de psychische morbiditeit betrekking heeft. Hierbij werden namelijk de laagste percentages in januari en december en het hoogste percentage in april gevonden, terwijl het gemiddelde over alle maanden 31,3% bedroeg.

Het in de literatuur vaak vermelde optreden van depressietoestanden onder invloed van de jaargetijden verklaart mogelijk de april-piek, doch in het najaar komt er in het aantal verrichtingen geen merkbare stijging naar voren.

Door middel van een tijdsanalyse werd berekend, dat over beide onderzoeksjaren 30% van de voor de totale hulpverlening benodigde tijd aan de psycho-sociale problematiek werd besteed. Uit het voorgaande transversale onderzoek bleek, dat 37% van de populatie "at risk" minstens eenmaal gedurende een kortere of langdurige periode behandeld werd in verband met psychisch dysfunctioneren. Uit de literatuur is bekend, dat globaal 1/3 gedeelte binnen een half tot een jaar is hersteld, maar dat van de resterende patiëntenpopulatie 1/3 gedeelte verbeterd en 1/3 chronisch patiënt wordt. Dit geeft aanleiding om te mogen veronderstellen, dat gedurende de onderzoeksperiode globaal 1/3 van de populatie "at risk" onder behandeling van deze huisarts was, waarvoor 1/3 van de totaal benodigde arbeidstijd moest worden uitgetrokken, zodat van een extra belasting t.o.v. de resterende morbiditeit niet gesproken kan worden. De verrichtingen buiten de normale werktijd bleken, in tegenstelling tot de verwachting, een opmerkelijk laag aantal in deze praktijk op te leveren. Dit gold zowel voor de verrichtingen voor het totale praktijkbestand als voor de psycho-sociale hulpverlening. Dit is des te opmerkelijker gezien de algemene indruk die hierover onder de artsen heerst, vooral ten aanzien van de hulpvraag voor psycho-sociale problematiek. Hierbij moet echter worden overwogen, dat niet de werklast, maar de mentale belasting tengevolge van de vele frustrerende ervaringen in de avond-, nacht- en weekenddienst van overwegende betekenis zijn. In grote lijnen is hiermee de arbeidsbelasting door de geïnterviewde psychische morbiditeit beschreven.

Uit deze analyse kunnen nog enkele bevindingen worden vermeld die enige representatieve informatie verschaffen en die door de literatuurgegevens worden bevestigd. Voor het totale praktijkbestand kon over de jaren 1969 en 1970 een gemiddeld verrichtingscijfer van 2,6 worden vastgesteld, hetgeen laag is vergeleken met de literatuurgegevens, namelijk van 2,6 tot 3,5 voor mannen en 3,5 tot 4,5 voor vrouwen en voor het totale praktijkbestand 1,6 - 5. Ook werd het bekende gegeven dat dit cijfer bij toenemende praktijkgrootte constant blijft, bevestigd. Het verrichtingscijfer voor vrouwen lag beduidend hoger dan voor mannen bij beide verzekeringsvormen. Mogelijk dat hier de brugfunctie van de (huis)vrouw tussen huisarts en gezin tot uiting komt. Het totale verrichtingscijfer bij volwassenen ligt voor ziekenfondsverzekerden hoger dan voor particulieren, ongeacht het geslacht. Een gegeven dat ook in diverse studies betreffende de medische consumptie kon worden aangetoond. Daarentegen werd er bij de jongeren tot 20 jaar geen verschil gevonden, terwijl het verrichtingscijfer voor deze categorie opvallend laag was. In de literatuur wordt dit voornamelijk toegeschreven aan de lage medische consumptie van de 5- tot 18-jarigen, waarbij vermeld wordt, dat vooral de 0- tot 5-jarigen en de 55 plussers de hoogste cijfers scoren.

De werkbelasting komt het duidelijkst tot uiting in de analyse van het gemiddeld aantal verrichtingen per werkdag. Voor volwassenen kon dit op 13 en voor de jeugd op 6 verrichtingen per 1000 personen "at risk" worden gesteld. Voor de gehele praktijk werd een gemiddelde werktijd van 9½ uur + gemiddeld 1 uur administratie voor beide registratiejaren per werkdag berekend, ondanks het feit, dat het praktijkbestand met 17% toenam. Dit komt overeen met de literatuurgegevens, voorzover vergelijkbaar.

7.0. Omschrijving van de doelstellingen.

Met dit onderzoek wordt beoogd enkele aspecten van het beloop van het psychisch dysfunctioneren van patiënten uit een huisarts-praktijk over een langere periode te beoordelen. De doelstellingen van dit "deelonderzoek" kunnen als volgt worden geformuleerd:

1. Een inzicht te verkrijgen in het "beloop" van een aantal gepresenteerde gevallen van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren door patiënten, met beoordeling van het "klachtenpatroon" van deze patiënten over een tijdsperiode van "vijf" jaar.
2. Beschrijving van enkele aspecten die de "hulpverlening" door deze huisarts betreffen.
3. Taxatie van de mogelijke voorspellende betekenis van een aantal kenmerken van deze patiëntenpopulatie ten aanzien van het beloop van de psychische morbiditeit.

7.1. Vraagstellingen.

Centraal in dit onderzoek staat de vraag: Welke patiënten hebben de beste kansen tot herstel en bij welke moet de hulpverlening als vruchteloos worden beschouwd, of heeft deze misschien somatisatie in de hand gewerkt? Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt het beloop van de gepresenteerde klachten en aandoeningen bij deze patiënten over een langere periode geanalyseerd aan de hand van de volgende vraagstellingen:

1. Hoe ziet het "beloop" van de door deze patiënten gepresenteerde psychische en functionele stoornissen/klachten er uit, gemeten met behulp van de "arts-patiënt contactfrequentie"?
2. In welke mate hangen een aantal "patiëntkenmerken" samen met het "beloop" van de door deze patiënten gepresenteerde psychische en functionele stoornissen?
3. Hoe is het "beloop" van de door deze patiënten gepresenteerde uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren, beoordeeld naar de "aard" van de klachtenpatronen?
4. Wat is de "voorspellingskracht" van enkele "aanvangs-patiëntkenmerken" ten aanzien van het "beloop" van psychisch dysfunctioneren?

7.2. De operationalisatie van deze vraagstellingen.

Besloten werd om tijdvakken van een "half jaar" te hanteren over de evaluatieperiode van "vijf jaar". Met behulp van een aantal tijdsafhankelijke variabelen werden per tijdsperiode gegevens vastgelegd die het mogelijk moeten maken om bepaalde aspecten betreffende het behandelingsgedrag van deze huisarts, waaronder het verwijzingsbeleid, te analyseren. Tevens werden gegevens over "syndroomverschuiving" bij deze tijdsafhankelijke variabelen rubricering opgenomen.

In dit deelonderzoek wordt de aandacht geconcentreerd op het beloop van de gepresenteerde stoornissen en functionele klachten bij die patiënten, die gedurende vijf jaar konden worden vervolgd. Nadat de nieuwe onderzoekpopulatie op grond van dit criterium was opgebouwd werd een indeling gemaakt op grond van patiëntenkenmerken die ontleend werden aan de "psychosociale Ausgangssituation". Indien men zich voor ogen stelt waarmee de huisarts op het spreekuur wordt geconfronteerd, zijn in het kader van dit onderzoek de volgende aspecten van belang:

1. Betreft het een "bekende patiënt" die de huisarts kent door voorgaande contacten, waardoor hij zich reeds een beeld heeft kunnen vormen over de persoonlijkheidsstructuur en het leefmilieu van deze patiënt; of gaat het om het arts-patiënt-contact met een nieuwe, zogenaamde "onbekende patiënt", waarbij de arts-patiënt-relatie nog geheel moet worden opgebouwd. Dit onderscheid is van belang voor de beoordeling van het diagnostisch proces en wordt hier vermeld, omdat het niet geassocieerd dient te worden met de verder te hanteren begrippen nieuwe en oude gevallen.
2. In hoeverre de patiënt op de selectiedatum reeds bij de huisarts of een andere discipline in behandeling is voor de gepresenteerde uitingsvorm van psychisch dysfunctioneren. In dit onderzoek wordt dan gesproken van een "oud geval". Indien er echter een "half jaar" voor de selectiedatum geen arts-patiënt-contact heeft plaatsgevonden voor de presentatie van een psychische stoornis of functionele klacht wordt over een "nieuw geval" gesproken.
3. Verder is bij de beoordeling van de prognose en het behandelingsbeleid van belang, of de patiënt vroeger reeds contact met een huisarts en andere discipline heeft gehad in verband met psychisch dysfunctioneren, nader omschreven als een patiënt "met een psychosociale voorgeschiedenis".
4. Ook de leeftijd van patiënt, de "leeftijdsgroep" waartoe de patiënt behoort, speelt een rol bij de arts-patiënt-relatie, het diagnostisch proces en de hulpverlening, alsmede bij de prognose van de aandoening.
5. Juist in het kader van dit onderzoek is de "syndromale ingangsdiagnose" het gepresenteerde klachtenpatroon op de selectiedatum, van betekenis bij de beoordeling van het beloop van de gepresenteerde morbiditeit. Met deze 5 aspecten is dus een omschrijving gegeven van de situatie waarin de huisarts zich ten opzichte van de patiënt bevond op de selectiedatum en met welke factoren hij rekening kon houden bij het hanteren van de hulpvraag. Daarmee wordt tevens aangegeven vanuit welke invalshoeken de analyse van het onderzoek kan worden benaderd:

- A. de "uitgangspositie";
- B. de "syndromale ingangsdiagnose";
- C. de "leeftijdsgroep".

A. De uitgangspositie.

Met als selectiecriterium dat de patiënten vijf jaar konden worden vervolgd, bleek er uit de onderzoekpopulatie van het transversale onderzoek een populatie van 790 patiënten te kunnen worden gevormd, waarvan 300 mannen en 490 vrouwen

van 14 jaar en ouder, te weten 1/5 van de mannelijke en 1/4 deel van de vrouwelijke populatie "at risk" van 14 jaar en ouder (zie paragraaf 4.33).

In paragraaf 4.32 zijn de redenen waarom de evaluatie bij 410 patiënten vroegtijdig moest worden beëindigd, nader omschreven. Bij deze uitgangspositie werd uitgegaan van 3 patiëntengroepen, van belang voor de beoordeling van het beloop van de gepresenteerde gevallen en de invloed daarop van de hulpverlening, namelijk:

1. Een groep patiënten die "nieuwe" gevallen presenteerden, doch in de anamnese geen perioden van psychisch dysfunctioneren hadden doorgemaakt, dus "nieuwe gevallen zonder psychosociale voorgeschiedenis".
2. Een groep patiënten die "nieuwe" gevallen presenteerden, doch "met een psychosociale voorgeschiedenis".
3. Een derde groep patiënten die reeds in behandeling waren op de selectiedatum, de zogenaamde "oude gevallen" en die vroeger ook onder behandeling waren geweest voor een periode van psychosociaal dysfunctioneren, dus "met een psychosociale voorgeschiedenis". Daar slechts drie patiënten behoorden tot de oude gevallen zonder psychosociale voorgeschiedenis, werd hiervoor geen aparte groep gevormd en werden deze bij deze derde groep patiënten ingedeeld.

B. De syndromale ingangsdiagnose.

De 18 syndromale diagnosegroepen die in het transversale onderzoek werden gehanteerd, moesten in verband met het grote aantal gerubriceerde variabelen per tijdsperiode worden samengevoegd tot zes syndromale ingangsdiagnosegroepen hetgeen bereikt werd door de afzonderlijke functionele klachten/syndromen onder één syndromale groep te brengen en de sporadische patiënten met psychische symptomen onder de heterogene groep psychiatrische aandoeningen.

C. De leeftijdsgroep.

Op grond van de aantallen en een functionele indeling naar leeftijdsfase werd besloten tot een groepering van 4 leeftijdsgroepen. Voor de operationalisatie van de doelstelling kon op grond van de beschreven drie invalshoeken een indeling van de patiëntenpopulatie, opgenomen in dit longitudinale onderzoek, worden gemaakt zoals in het onderstaande overzicht 7-1 is uitgewerkt. De invalshoeken worden in het vervolg als patiëntkenmerken aangeduid.

In het overzicht 7-1 zijn de aantallen patiënten per patiëntkenmerk en de procentuele verdeling binnen de drie genoemde patiëntengroepen weergegeven.

O V E R Z I C H T 7 - 1

A.	B.	C.
Patiëntkenmerken op grond van	Patiëntkenmerken op grond van	Patiëntkenmerken op grond van
Uitgangspositie	Ingangsdiagnose	Leeftijdsgroep
	Psychiatrische syndromen en psychische symptomen	
	N = 41 5,2 %	
Nieuwe gevallen zonder psycho-sociale voorgeschiedenis. Uitgangspositie UP I	Depressief gedrag Depressief syndroom	14 - 29 jaar
N = 188 23,8 %	N = 132 16,7 %	N = 161 20,4 %
Nieuwe gevallen met psycho-sociale voorgeschiedenis Uitgangspositie UP II	Hyperaesthetisch emotioneel syndroom	30 - 49 jaar
N = 400 50,6 %	N = 132 16,7 %	N = 389 49,2 %
	Nervositas	50 - 65 jaar
	N = 117 14,8 %	N = 180 22,8 %
Oude gevallen met psycho-sociale voorgeschiedenis Uitgangspositie UP III	Functionele klachten	65 + jaar
N = 202 25,6 %	N = 260 32,9 %	N = 59 7,2 %
	Scala van functionele klachten. Chronisch klaaggedrag	
	N = 64 8,1 %	

7.3. Beschrijving van het beloop van de gepresenteerde psychische morbiditeit met een poging tot taxatie van de herstellendens.

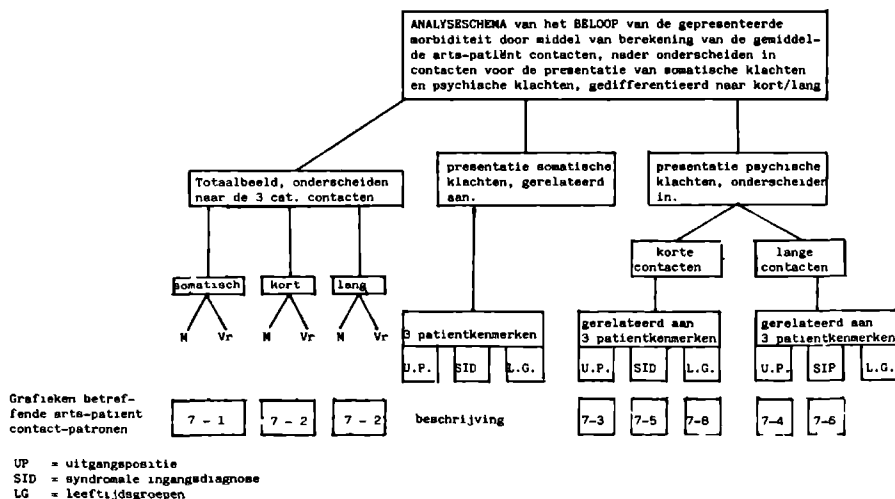
7.30. Beschrijving van het beloop van de gepresenteerde uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren over een tijdsperiode van vijf jaar, door middel van de uitbeelding van de arts-patiënt-contactpatronen, waarbij ook de presentatie van somatische klachten werd betrokken.

Om een beeld te krijgen van dit beloop werd de arts-patiënt-contactfrequentie per tijdsperiode van een half jaar als meetinstrument gebruikt. Bij deze analyse werd uitgegaan van drie te onderscheiden contacten, namelijk:

- a. de presentatie van duidelijk "somatische" klachten, zonder aanwijzingen voor een psychogene aetiologie en aangeduid als "S.K.";
- b. de presentatie van "psychische" stoornissen/"functionele" klachten; met een "korte" consultduur (minder dan 10 minuten), aangeduid als K.C.;
- c. de presentatie van psychische stoornissen/functionele klachten met een "langere" (dan 10 minuten) consultduur, aangeduid als "L.C.".

De berekende "gemiddelde aantallen" arts-patiënt-contacten zijn in de grafieken 7-1 t/m 7-8 als arts-patiënt-contactpatronen over de "tien" tijdsperioden uitgebeeld.

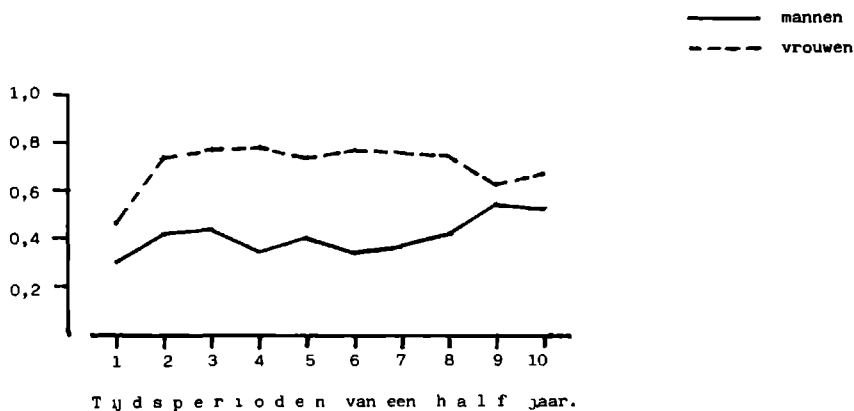
OVERZICHT 7-II



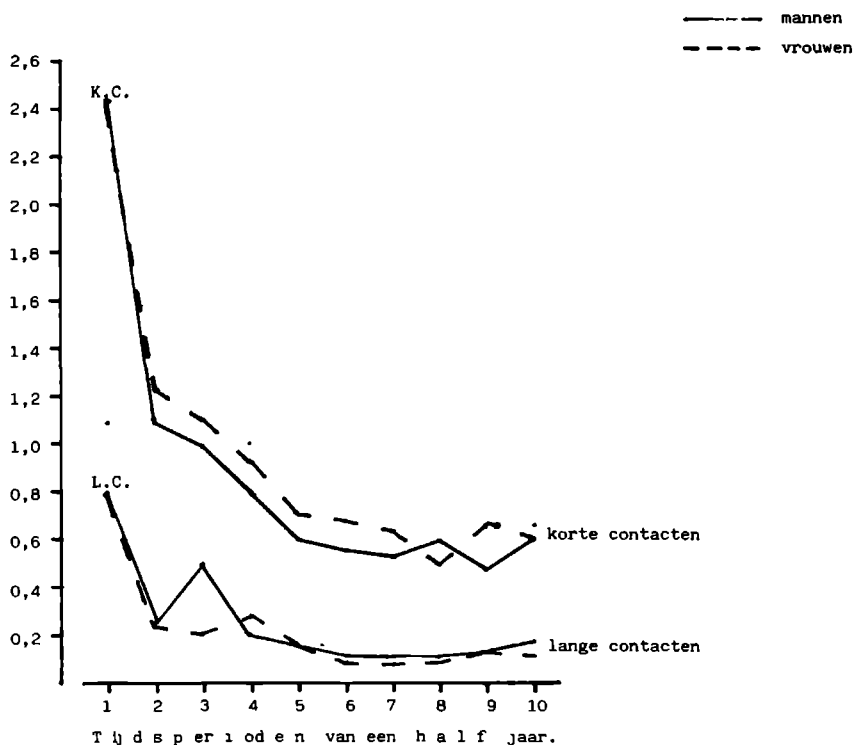
1. Bij de beoordeling van de "totale" onderzoekpopulatie, opgesplitst naar geslacht blijkt, dat er zowel voor de mannen als de vrouwen over de gehele evaluatieperiode een gelijkmatig gemiddeld aantal arts-patiënt-contacten zijn genoteerd voor de presentatie van "somatische" klachten. In de eerste tijdsperiode was er een duidelijk lager aantal contacten. Opvallend is het grotere aantal contacten bij vrouwen (Grafiek 7-1).

Wanneer men de grafiek 7-2 bekijkt, waarin de presentatie van "psychische" stoornissen en/of "functionele" klachten wordt weergegeven, komt er een volkomen parallel verlopend patroon te voorschijn voor de beide geslachten, doch het aantal "korte" contacten is 3 x zo groot als het aantal "lange" contacten. Het meest opvallende voor het hele patroon, zowel voor de korte als lange en voor de beide geslachten, is de "hoge" gemiddelde contactfrequentie in de "eerste" tijdsperiode en de scherpe "daling" in de "tweede" tijdsperiode. Daar dit zeer waarschijnlijk een vertekening is tengevolge van het selectiemechanisme wordt deze bevinding niet in de beoordeling betrokken.

GRAFIEK 7-1: Gemiddeld aantal arts-patiënt-contacten voor de presentatie van somatische stoornissen per tijdsperiode, opgesplitst naar geslacht.

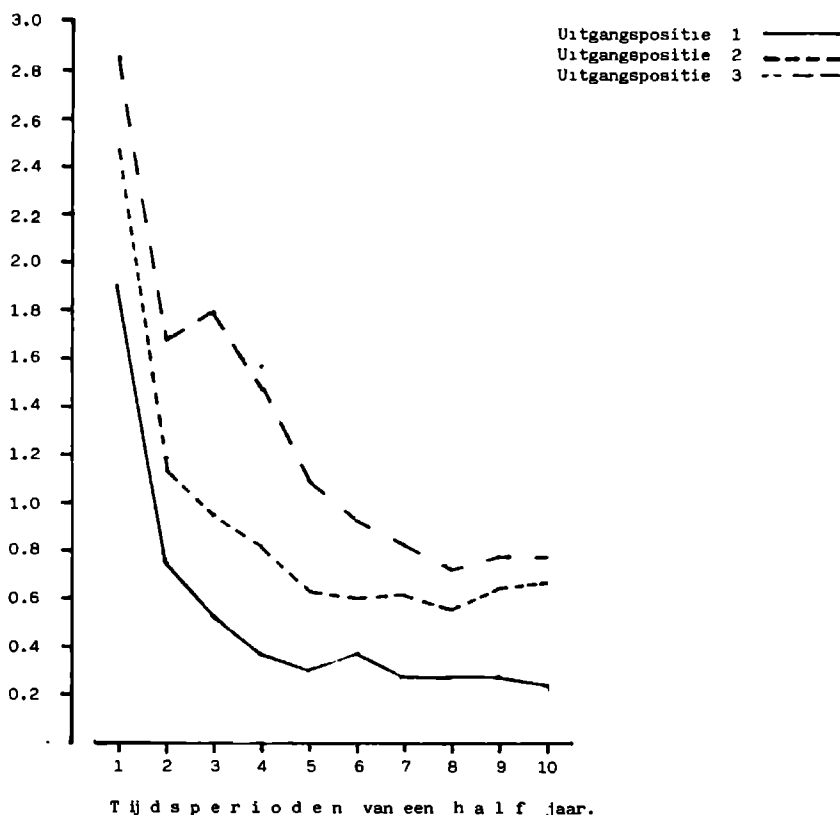


GRAFIEK 7-2: Gemiddeld aantal arts-patiënt-contacten per tijdsperiode, opgesplitst naar geslacht en gedifferentieerd in korte (K.C.) en lange (L.C.) contacten voor de psychische morbiditeit.



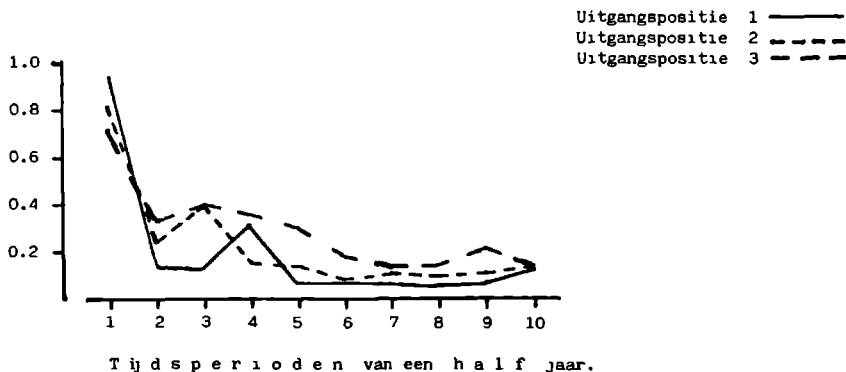
2. Bij de relatering van het gemiddelde aantal arts-patiënt-contacten voor psychisch dysfunctioneren aan de patiëntenpopulaties gekenmerkt door de "uitgangspositie", blijken de "nieuwe" gevallen, uitgangspositie I, zonder psychosociale voorgeschiedenis, voor de arts het minst arbeidsintensief te zijn gedurende de gehele evaluatieperiode, gezien de laagste gemiddelde aantallen korte en lange arts-patiënt-contacten. Bij de uitgangspositie III is het gemiddelde aantal soorten contacten gedurende de gehele periode duidelijk het hoogst. Dit betreft dus de patiënten met de meest belaste voorgeschiedenis.

GRAFIEK 7-3: Gemiddeld aantal k o r t e arts-patiënt-contacten voor de presentatie van p s y c h i s c h e morbiditeit, gedifferentieerd naar u i t g a n g s p o s i t i e.



Voor de "lange" arts-patiënt-contacten zijn er slechts geringe verschillen tussen de drie uitgangsposities, met de laagste gemiddelde aantallen voor de uitgangspositie I, patiënten zonder psychosociale voorgeschiedenis.

GRAFIEK 7-4: Gemiddeld aantal l a n g e arts-patiënt-contacten voor de presentatie van p s y c h i s c h e morbiditeit, gedifferentieerd naar u i t g a n g s p o s i t i e.

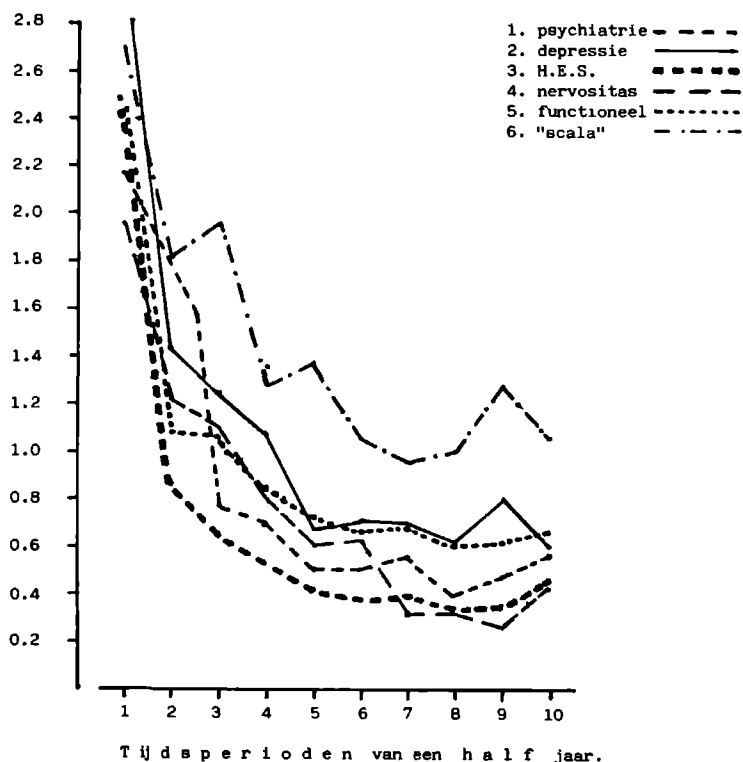


Het arts-patiënt-contactpatroon voor de presentatie van somatische klachten, laat voor alle drie de uitgangsposities een praktisch rechtlijnig, identiek beeld over alle tijdsperioden zien, overeenkomstig grafiek 7-1.

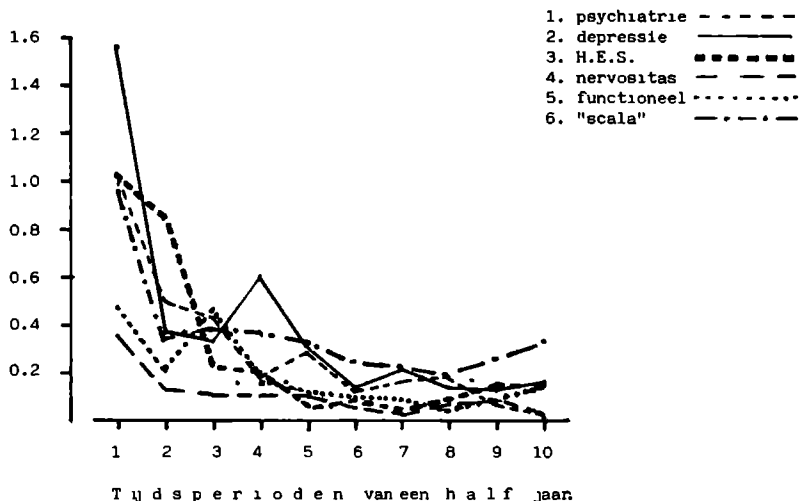
3. Wanneer men de zes "syndromale ingangsdiaagnose" groepen beoordeelt, valt op, dat na het eerste jaar het syndroom van de presentatie van een "scala van functionele klachten" gedurende de verdere evaluatieperiode de hoogste gemiddelde aantallen "korte" contacten scoren. Bij de "lange" contacten zijn er minder duidelijke verschillen (Grafiek 7-5 en 7-6).

De frequentieverdeling van het aantal gemiddelde arts-patiënt-contacten voor de presentatie van "somatische" stoornissen per "syndromale" ingangsdiaagnosegroep laat geen duidelijke verschillen zien; er is sprake van een parallel beloop binnen een kleine marge over de 10 tijdspannen.

GRAFIEK 7-5: Gemiddeld aantal k o r t e arts-patiënt-contacten per
tijdperiode voor de presentatie van psychische morbiditeit,
opgesplitst naar syndromale ingangsdiaagnose.



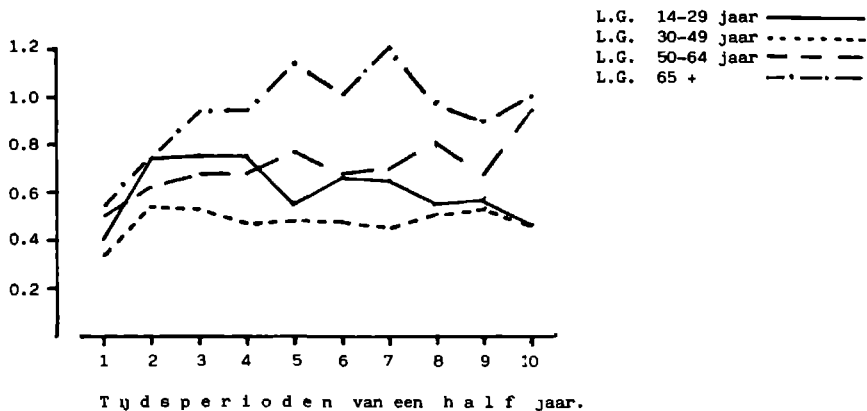
GRAFIEK 7-6 Gemiddeld aantal l a n g e arts-patiënt-contacten per
tijdsperiode voor de presentatie van psychische morbiditei-
teit, opgesplitst naar de syndromale i n g a n g s -
d i a g n o s e .



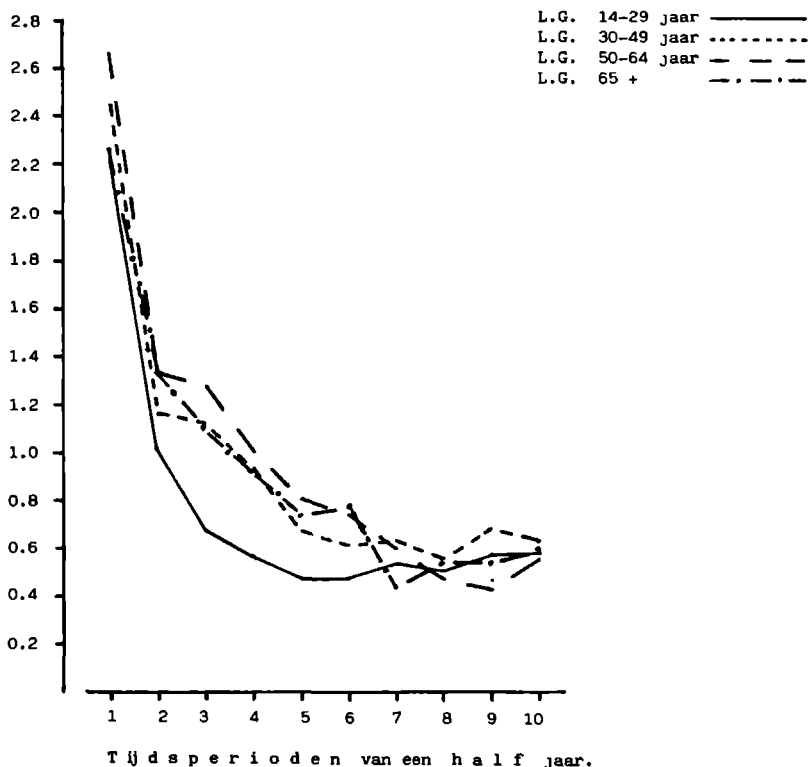
4. De contactfrequentie patronen binnen de "leeftijdsgroepen" laten voor alle drie de soorten contacten een parallel beloop zien met voor de "somatische" klachten een hoger gemiddelde bij de 65 plussers. (grafiek 7-7).

Voor de "korte" contacten bij de psychische stoornissen/functionele klachten is een "laag" niveau bij de leeftijdsgroep 14-29 jarigen gescoord t.o.v. de andere leeftijdsgroepen. (grafiek 7-8). De frequentieverdeling van de "lange" contacten laat voor alle leeftijdsgroepen een identiek beeld zien, overeenkomend met dat in de algemene grafiek 7-2.

GRAFIEK 7-7: Gemiddeld aantal arts-patiënt-contacten voor de presentatie van somatische stoornissen per tijdsperiode, opgesplitst naar leeftijdsgroep.



GRAFIEK 7-8. Gemiddeld aantal korte arts-patiënt-contacten per tijdsperiode voor de presentatie van psychische morbiditeit, opgesplitst naar de leeftijdsgroepen.



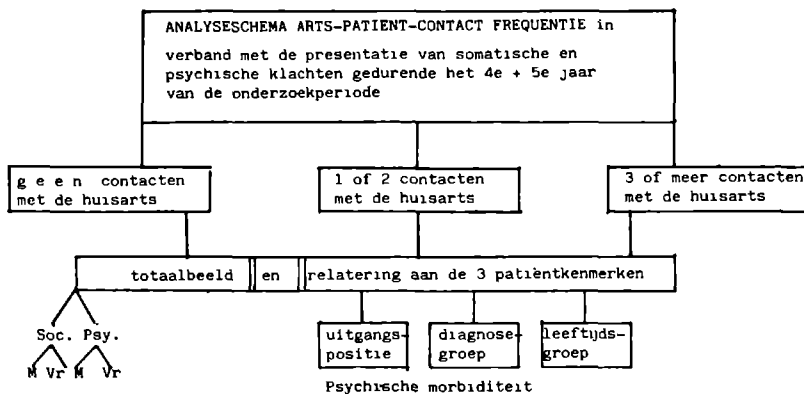
5. Samenvattend kan worden gesteld, dat:

- a. in de 1e tijdsperiode een hoge spreekuur-contactfrequentie wordt gevonden bij de presentatie van psychische stoornissen/functionele klachten, zowel voor de korte als de lange contacten, waarvan de eerste driemaal zo vaak werden geregistreerd. Daarop volgt een sterke daling in de 2e tijdsperiode met vervolgens een geleidelijke daling gedurende de evaluatieperiode. De start contactfrequentie bij de presentatie van somatische klachten lag veel lager, stijgt iets in de 2e tijdsperiode om vervolgens een constant beeld te vertonen over alle tijdsperiodes.
- b. Bij verdeling van de patiëntenpopulatie over de "uitgangsposities" komt duidelijk het relatief gunstige beloop van de aandoening bij de psychisch dysfunctionerende patiënten uit de 1e uitgangspositie tot uiting met de minste aantallen contacten, gevolgd door de 2e en vervolgens de 3e uitgangspositiepopulatie.
- c. Uitgaande van de syndromale "ingangsdiagnosegroepen" blijkt, dat de patiënten met de presentatie van "een scala van functionele klachten" de hoogste contactfrequentie scoren, zowel in de 1e tijdsperiode als in de daaropvolgende.

7.31. Taxatie van de hersteltendens door middel van beoordeling van de arts-patiënt-contactfrequentie in het vierde en vijfde jaar van de evaluatieperiode.

Uit de berekende arts-patiënt-contactfrequentie over de tien tijdsperiodes blijkt er zich vanaf de zesde tijdsperiode een min of meer stationair beeld af te tekenen, zoals ook uit de in de vorige paragraaf afgebeelde grafieken duidelijk is af te lezen. Om nu een indruk over het herstel of de verbetering van de onderzoekpopulatie te verkrijgen werd de procentuele verdeling van de patiënten die in het "vierde + vijfde" jaar van de onderzoeksperiode "geen of wel" contacten met de huisarts hebben gehad, berekend en gerelateerd aan de drie patiëntkenmerken, de invalshoeken van dit onderzoek. Aan de hand van het volgende analyseschema, overzicht 7-III, wordt dit nader uitgewerkt.

OVERZICHT 7-III



GRAFIEK: 7-9 7-10

7 - 11

7 - 13

7 - 12

1. Totaalbeeld.

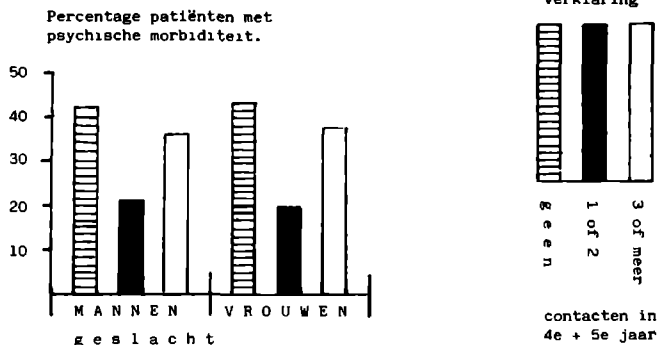
In zijn totaliteit beoordeeld blijkt, dat van de patiënten die op de selectiedatum functionele klachten en/of psychische stoornissen presenteerden 42% in het 4e + 5e jaar "geen" contacten met de huisarts hebben gehad en 36,7% "3 of meer contacten" in verband met het presenteren van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren. Daaruit kan men concluderen, dat 2/5 van deze patiënten gedurende deze 2 jaar in een goede psychische conditie verkeren en 2/5 als niet verbeterd dienen te worden beschouwd, terwijl 1/5 slechts "1 of 2 contacten" heeft gehad en dus tot de redelijk psychisch functionerende groep kan worden gerekend. Er wordt geen duidelijk verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke populatie gevonden voor het niet of wel consulteren voor psychisch dysfunctioneren in het 4e + 5e jaar van het onderzoek.

Voor de presentatie van duidelijk "somatische" klachten van de onderzoekpopulatie geldt, dat ongeveer 1/3 "geen" contact met de huisarts heeft gezocht in het 4e + 5e jaar; 1/3 gedeelte "1 of 2 contacten" en 1/3 gedeelte "3 of meer contacten" heeft gehad. Opvallend is, dat 2 x meer mannen dan vrouwen "geen" contact met de huisarts hebben gehad en 2 x meer vrouwen "3 of meer" contacten dan de mannen in het 4e + 5e jaar.

De onderstaande grafieken geven de procentuele verdeling weer van de patiënten die geen of wel contacten in het vierde en vijfde jaar van de onderzoeksperiode met deze huisarts hebben gehad in verband met de presentatie van somatische en psychische morbiditeit.



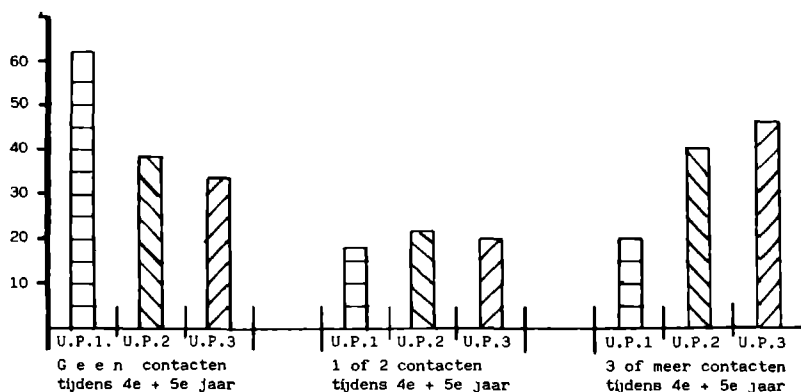
GRAFIEK 7-10.



2. Benadering vanuit de drie patiëntkenmerken.

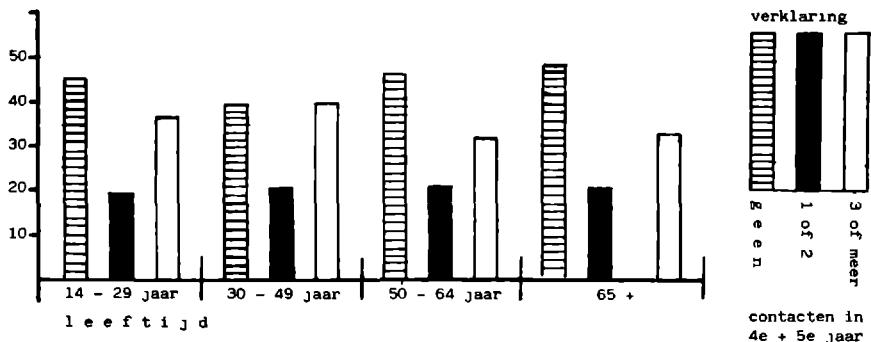
A. Beoordeling naar "uitgangspositie" (U.P.) geeft voor de nieuwe gevallen zonder psychosociale voorgeschiedenis (U.P.1) de gunstigste prognose t.a.v. het herstel te zien, namelijk 2/3 gedeelte van de oorspronkelijke populatie heeft "geen" contacten meer gehad in het 4e + 5e jaar en slechts 1/5 gedeelte "3 of meer" contacten in verband met "psychische of functionele klachten". Bij de uitgangsposities 2 en 3 ligt dit gedeeltelijk andersom, namelijk ongeveer 2/5 heeft "3 of meer dan 3" contacten en slechts 1/3 gedeelte heeft "geen" contacten in het 4e + 5e jaar met de huisarts voor de presentatie van psychische of functionele klachten. Ten aanzien van de presentatie van "somatische" stoornissen in het vierde + vijfde jaar blijkt uit de frequentieverdeling, dat de arts-patiënt-contactfrequentie voor alle uitgangsposities gelijk is.

GRAFIEK 7-11: Percentage patiënten met contacten voor psychische/functionele klachten, gerelateerd aan de uitgangspositie.



- B. Bij de leeftijdsgroepen is er met stijgende leeftijd een licht afnemend percentage van patiënten met 3 of meer contacten met de huisarts waar te nemen voor de presentatie van psychische morbiditeit in het 4e + 5e jaar (grafiek 7-12). Daarentegen geldt voor de presentatie van somatische stoornissen in het vierde + vijfde jaar dat het percentage arts-patiënt-contacten met stijgende leeftijd toeneemt.

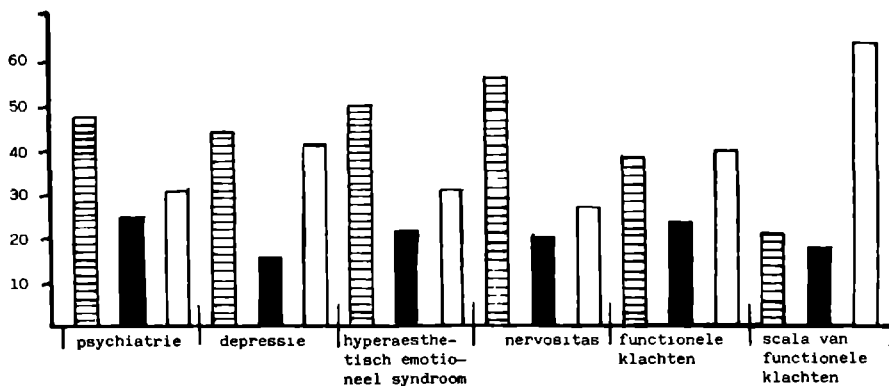
GRAFIEK 7-12: Percentage patiënten met contacten voor psychische morbiditeit, gerelateerd aan de leeftijd.



- C. Ten aanzien van de patiëntenpopulaties ingedeeld naar de syndromale ingangsdiaagnose spreekt de grafiek 7-13 voor zichzelf, waarbij vooral de diagnosecategorie "presentatie van een scala van functionele klachten" de slechtste herstel-tendens toont en de "nervositas" de beste.

Een analyse van de contactfrequentie voor de presentatie van somatische stoornissen laat geen duidelijke samenhang met die voor de presentatie van psychische morbiditeit zien.

GRAFIEK 7-13: Percentage patiënten met contacten voor psychische/ functionele klachten, gerelateerd aan de syndromale ingangsdiaagnose.



Syndromale ingangsdiaagnose.

3. Bespreking.

Uit deze analyse van de "contactfrequentie in het vierde + vijfde jaar" van de evaluatieperiode komen enkele belangrijke gegevens naar voren, die als volgt in het kort kunnen worden samengevat:

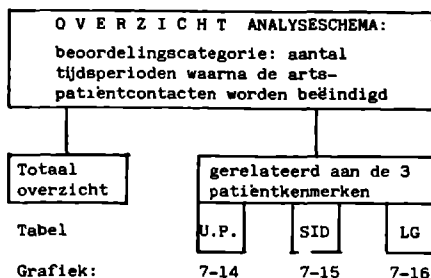
1. Van de in het onderzoek opgenomen patiëntenpopulatie heeft 2/5 gedeelte in het vierde + vijfde jaar "geen" contact met deze huisarts voor de presentatie van "psychische of functionele klachten". Hierbij treedt geen duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen aan het licht.
2. Verder blijkt, dat 1/3 gedeelte van deze onderzoekpopulatie in het vierde + vijfde jaar "geen" spreekuurcontact voor de presentatie van "somatische" klachten met deze huisarts heeft gezocht. Wel treedt hier een duidelijk verschil op tussen mannen en vrouwen in die zin, dat mannen minder vaak contact met de huisarts hebben.
3. Zoals te verwachten heeft de patiëntenpopulatie zonder psychosociale voorgeschiedenis (uitgangspositie 1) de gunstigste prognose ten aanzien van herstel, namelijk 2/3 gedeelte heeft in het 4e + 5e jaar "geen" contact gehad en 1/5 gedeelte "3 of meer dan 3" contacten voor de presentatie van "psychische of functionele" klachten.
4. Bij de "leeftijdsgroepen" komt tot uiting, dat er nauwelijks een relatie is vast te stellen voor de presentatie van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren in het 4e + 5e jaar voor de leeftijd, maar dat er wel een toename is voor de presentatie van somatische klachten met het stijgen van de leeftijd.
5. Voor de presentatie van "psychische" morbiditeit in het vierde + vijfde jaar kan de volgende reeks voor de ingangsdiagnosecategorieën worden opgesteld met afnemende gunstige prognose. (Het percentage patiënten met g e e n contacten in het vierde + vijfde jaar is tussen haakjes vermeld).

1. nervositas	(2/3 gedeelte geen contacten)			
2. hyperaesthetisch-emotioneel syndroom	(1/2	"	")
3. depressief gedrag/syndroom	(2/5	"	")
4. functionele klachten	(1/3	"	")
5. scala van functionele klachten	(1/5	"	")

7.32. Benadering van de hersteltendens vanuit de beoordelingscategorïe; Hoe snel treedt herstel op?

Ook bij deze derde invalshoek wordt weer uitgegaan van de drie categorieën patiëntkenmerken voorafgegaan door een algemeen overzicht.

OVERZICHT 7-IV



- A. Uit TABEL 7-1 blijkt, dat na één jaar 17% en na twee jaar 27% van de geselecteerde patiëntenpopulatie "geen" contact meer met de huisarts onderhouden in verband met psychische stoornissen en functionele klachten. Na het eerste half jaar beëindigt er ieder half jaar gemiddeld 5% van deze populatie het contact met deze huisarts voor de presentatie van psychische morbiditeit. Bij de beëindiging van het onderzoek blijkt bijna 40% van de patiënten de huisarts te consulteren voor de beschreven klachten.

TABEL 7 - 1

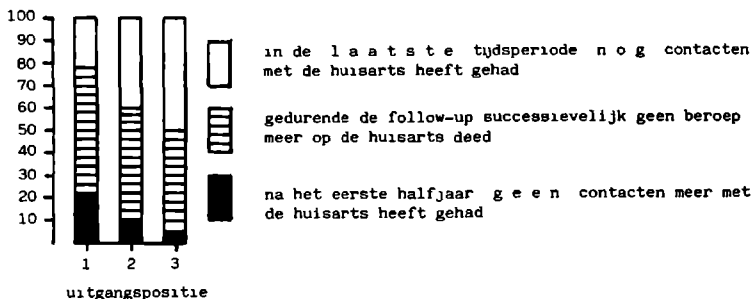
TABEL ALGEMEEN OVERZICHT	
Beoordelingscategorïe	Percentages patiënten
Geen arts-patient-contacten meer	Per tijdsperiode
na 1e tijdsperiode (½ jaar)	12,9 %
na 2e tijdsperiode (1 jaar)	4,4 %
na 3e tijdsperiode	5,2 %
na 4e tijdsperiode (2e jaar)	4,8 %
na 5e tijdsperiode	5,6 %
na 6e tijdsperiode (3e jaar)	5,4 %
na 7e tijdsperiode	4,8 %
na 8e tijdsperiode (4e jaar)	6,8 %
na 9e tijdsperiode	8,5 %
in laatste tijdsperiode	
nog arts-patiënt contacten	37,6 %
idem i.v.m. continue prescriptie	1,9 %
functionale klacht bleek op een	
somatische aandoening te berusten	1,0 %
Niet beoordeeld	1,0 %
	<hr/>
N = 790	99,9 %

gemiddeld 5,5% per half jaar

B. Benadering vanuit de drie patiëntkenmerken.

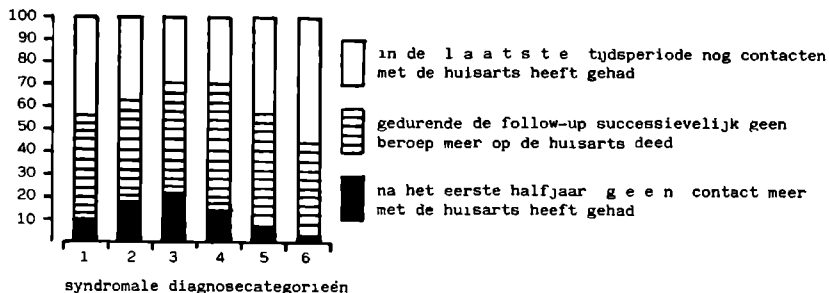
1. De "uitgangsposities" laten sterke verschillen in percentages patiënten zien die na het eerste half jaar geen contact meer met de huisarts zoeken. Dit geldt eveneens voor degenen die in het laatste half jaar nog contact met de huisarts hebben, zij het dat de verschillen nu een omgekeerde richting vertonen. De slechtste prognose ten aanzien van herstel heeft de patiëntenpopulatie van uitgangspositie drie; oude gevallen met psychosociale voorgeschiedenis. De helft van deze patiënten heeft nog spreekuurcontacten met de huisarts in de laatste tijdperiode voor psychische klachten. Van de patiënten uit de eerste uitgangspositie heeft nog slechts 1/4 hiervan contact met de huisarts in de laatste tijdperiode. Het percentage patiënten dat in de loop van de follow-up geen beroep doet op de arts bleek bij de diverse uitgangsposities niet uiteen te lopen.

GRAFIEK 7-14: Percentage patiënten, dat in verband met psychisch dysfunctioneren



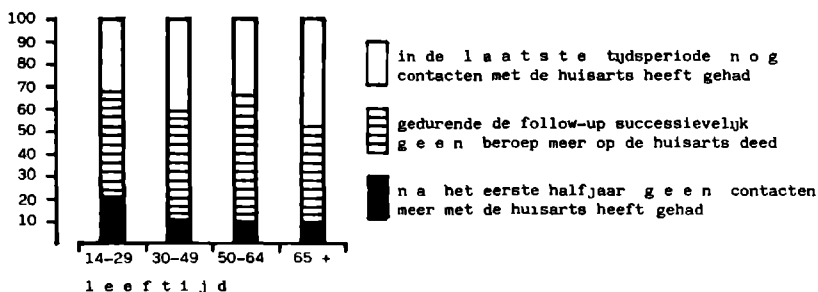
2. Bij de "syndromale ingangsdiagnosegroepen" zien we dat psychiatrische aandoeningen, functionele klachten en scala van functionele klachten ongunstige beelden in de eerste en laatste periode tonen. Patiënten met spanningstoestanden, het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom en de nervositas komen er beter af. Ook hier zijn ongeveer dezelfde percentages patiënten in alle diagnosegroepen geleidelijk opgehouden een beroep op de arts te doen.

GRAFIEK 7-15: Percentage patiënten, dat in verband met psychisch dysfunctioneren



3. Wat de "leeftijdsgroepen" betreft kan gezegd worden, dat van de patiënten van 14-29 jaar 21% alleen in de eerste tijdperiode spreekuurcontacten hadden. Bij de overige leeftijdsgroepen wordt hiervoor een percentage van ± 10 gevonden. De 39-49 jarigen en de 65 plussers laten ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen wat het percentage "nog steeds contacten in de laatste tijdperiode" betreft, duidelijk hogere percentages zien. De percentages patiënten die in de follow-up succesievelijk ophielden een beroep op de arts te doen laten alleen voor de leeftijdsgroep 50-64 jaar een licht verhoogd cijfer zien.

GRAFIEK 7-16: Percentage patiënten, dat in verband met psychisch dysfunctioneren



4. Beoordeeld vanuit de drie "patiëntkenmerken" komt men tot dezelfde conclusie als in de voorgaande paragrafen, namelijk dat het steeds weer de patiënten, behorende tot uitgangspositie 3, de 65 plussers en degenen, ingedeeld in de syndromale diagnosegroepen psychiatrische aandoeningen en scala van functionele klachten, zijn, die de ongunstigste beelden vertonen ten aanzien van herstel.

7.4. Subjectieve beoordeling van het beloop van de gepresenteerde morbiditeit bij beëindiging van de evaluatieperiode.

In de vorige paragraaf is getracht aan de hand van de analyse van de frequentieverdeling van de arts-patiënt-contacten een beeld te verkrijgen over het beloop van de gepresenteerde morbiditeit. Thans wordt het beloop beschreven op grond van het eigen oordeel van deze huisarts, waarbij "zijn" mening en gedeeltelijk ook die van de patiënt, centraal staan. Bij de beëindiging van het onderzoek werd aan de hand van de gegevens bij het laatste arts-patiënt-contact in verband met de presentatie van psychische stoornissen en/of functionele klachten door deze huisarts het eindoordeel vastgelegd door middel van de volgende beoordelingscategorieën: hersteld, verbeterd, onveranderd.

Ook de gevallen waarbij de klacht aanvankelijk als functioneel werd geduid, doch later bleek dat er een somatische aandoening in het spel was, werden gerubriceerd en tevens de patiënten die voor het verkrijgen van herhalingsrecepten in verband met psychische stoornissen regelmatig het spreekuur bezochten, de continue "repeat prescription".

Uit de onderstaande TABEL blijkt, dat ongeveer 1/3 gedeelte van de patiëntenpopulatie als h e r s t e l d werd aangeduid en 1/5 als v e r b e t e r d. In totaal kan bij ongeveer de helft van de populatie een goed of redelijk psychisch functioneren bij beëindiging van het laatste arts-patiënt contact worden aangenomen. Indien men de "repeat prescription" gevallen bij de "onveranderde" optelt, blijft, volgens het oordeel van deze huisarts, 42% van de geselecteerde onderzoekpopulatie onbevredigend psychisch functioneren na beëindiging van de evaluatieperiode.

T A B E L 7 - 2

T A B E L S U B J E C T I E V E B E O O R D E L I N G		
Beoordelingscategorie	aantallen	percentage
Hersteld	268	33,9 %
Verbeterd	144	18,2 %
Onveranderd	317	40,1 %
Verergerd	3	0,4 %
Functionele klacht blijkt een somatische aandoening te zijn	7	0,9 %
Continue "repeat prescription"	15	1,9 %
Niet beoordeeld	36	4,6 %
	790	100,- %

7.5. Beschrijving van het verkregen beeld van de syndroomverschuiving bij relatering van de gerubriceerde syndromale diagnose per tijdsperiode aan de syndromale ingangsdiagnose.

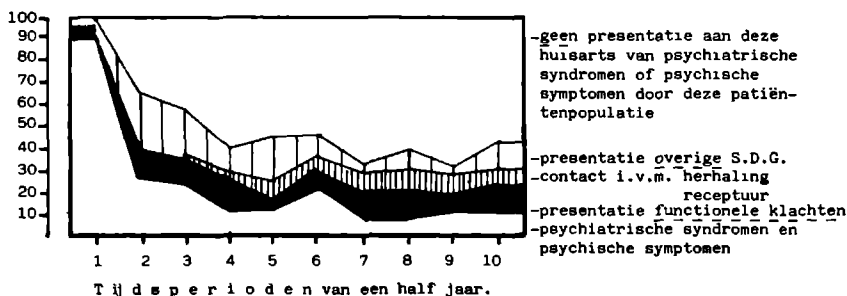
In een zestal diagrammen wordt de procentuele verdeling van de gepresenteerde syndromale diagnoses over de 10 tijdsperioden overzichtelijk weergegeven, waarbij echter wel een combinatie der categorieën "functionele klachten" en "scala van functionele klachten" wordt aangehouden. Voor syndromale diagnosecategorieën die gedurende de 10 tijdsperioden voor minder dan 5% werden gepresenteerd, wordt de categorie "overige S.D.G." (syndromale diagnose groepen) gehanteerd.

1. Bij de ingangsdiagnose categorie "psychiatrie" moet rekening worden gehouden met het feit, dat veel patiënten langdurig onder behandeling van de specialist blijven of begeleid door de S.P.D. of andere psychosociaal geïoriënteerde instellingen. Hierdoor ontstaat er een vertekend beeld binnen het vlak dat de procentuele verdeling "geen presentatie van psychische symptomen of syndromen" aangeeft. Dit komt ook tot uiting in de speciale categorie "contacten in verband met herhaling van de receptuur" zonder dat van een daadwerkelijke hulpverlening kan worden gesproken.

Ondanks het kleine aantal ingedeelde patiënten geeft grafiek 7-17 wel een aanduiding, dat er bij de psychiatrische stoornissen en syndromen ook een verschuiving naar de presentatie van functionele klachten optreedt en in een evengroot percentage naar de andere diagnosecategorieën.

GRAFIEK 7-17: Procentuele verdeling van de gepresenteerde syndromale diagnoses over de 10 tijdsperioden uitgaande van de syndromale ingangsdiagnose groep psychiatrische syndromen.

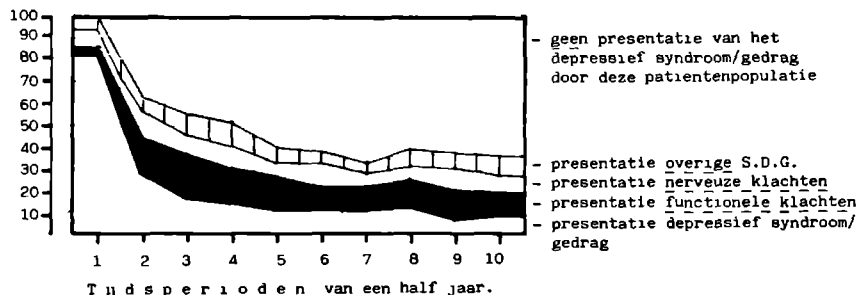
N = 41



2. De patiënten, oorspronkelijk ingedeeld in de categorie "depressief syndroom/gedrag" blijken vanaf de 2e tijdperiode vaker een ander beeld te vertonen dan het oorspronkelijke, waaronder een relatief hoog percentage functionele klachten.

GRAFIEK 7-18. Procentuele verdeling van de gepresenteerde syndromale diagnoses over de 10 tijdperiodes, uitgaande van de syndromale ingangsdiaagnose groep depressief syndroom/gedrag.

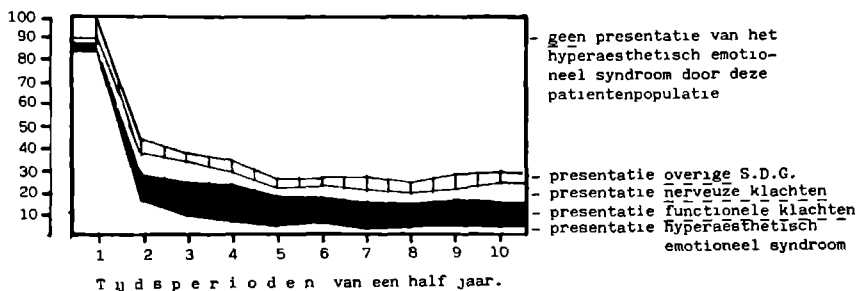
N = 130.



3. Bij het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" geldt hetzelfde. Hier is de betrekkelijk gelijkmatige verdeling van de percentages "functionele klachten" over de latere jaren opvallend.

GRAFIEK 7-19: Procentuele verdeling van de gepresenteerde syndromale diagnoses over de 10 tijdperiodes, uitgaande van de syndromale ingangsdiaagnose groep hyperaesthetisch emotioneel syndroom.

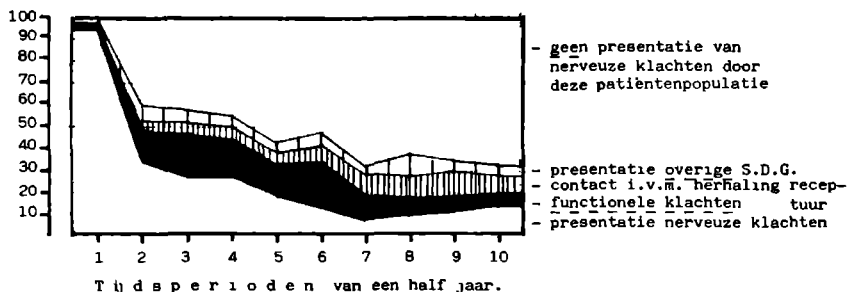
N = 169



4. De patiëntenpopulatie, ingedeeld in de syndromale ingangsdiaagnose "nervositas" geven in de eerste drie jaar eveneens een duidelijke verschuiving naar "functionele klachten" te zien, maar ook een beduidend percentage patiënten met contacten in verband met de herhaling van door deze huisarts of specialisten voorgescreven receptuur.

GRAFIEK 7-20: Procentuele verdeling van de gepresenteerde syndromale diagnosen over de 10 tijdsperioden uitgaande van de syndromale ingangsdiaagnose groep nervositas.

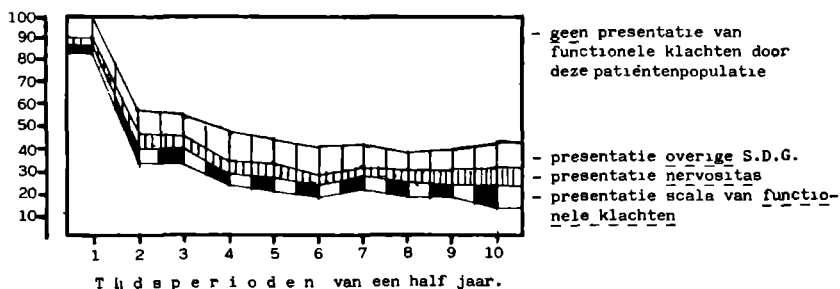
N = 117



5. Bij de patiëntenpopulatie met als ingangsdiaagnose "functionele klachten" is er in de loop van de jaren een duidelijke verschuiving naar de diagnosecategorie "scala van functionele klachten", hetgeen betekent "chronisch klaaggedrag".

GRAFIEK 7-21 Procentuele verdeling van de gepresenteerde syndromale diagnosen over de 10 tijdsperioden uitgaande van de syndromale ingangsdiaagnose groep functionele klachten.

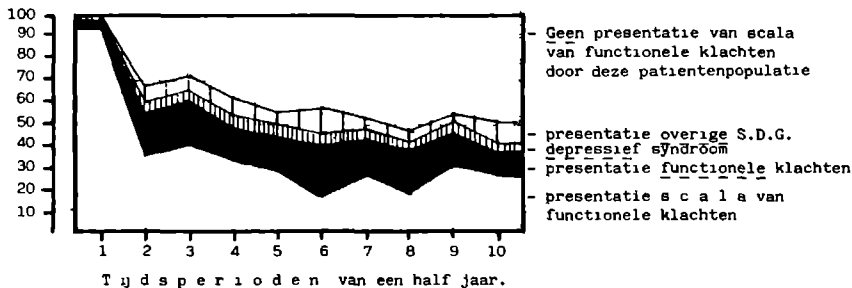
N = 258



6. De presentatie van een "scala van functionele klachten" wordt door deze patiëntenpopulatie gedurende de gehele evaluatieperiode in een hoog percentage voortgezet, waarbij een verschuiving naar de diagnosegroep "functionele klachten" opvallend is. De verschuiving naar het "depressief syndroom" in een percentage van boven de 5% over alle tijdsperiodes is een interessante bevinding, gezien het verband dat wel gelegd wordt tussen chronisch klaaggedrag en een gemaskeerde depressie.

GRAFIEK 7-22 Procentuele verdeling van de gepresenteerde syndromale diagnoses over de 10 tijdsperiodes uitgaande van de syndromale ingangsdiaagnose groep scala van functionele klachten.

N = 63



7. Bespreking.

Uit de bovenstaande diagrammen kan worden afgeleid, dat bij een groot percentage patiënten, ingedeeld in alle syndromale ingangsdiagnosegroepen, gedurende de evaluatieperiode verschuiving van het klachtenpatroon plaatsvindt. Er zijn wat dit betreft slechts betrekkelijk geringe graduele verschillen tussen de diverse ingangsdiagnosegroepen waar te nemen. Men zou ook kunnen zeggen, dat in de loop van de observatieperiode bij deze ingangsdiagnosecategorieën een aanzienlijke verandering in diagnostische indeling door deze huisarts kan worden vastgesteld. Belangrijk is misschien, dat bij de "scala van functionele klachten" in een klein percentage een verschuiving naar "depressie" wordt waargenomen. De registratie van contacten voor de zogenaamde "repeat prescription" wordt alleen gezien bij de psychiatrische syndromen en de nervositas. Een verschuiving naar de diagnosecategorie "functionele klachten" komt bij alle patiëntenpopulaties in ongeveer dezelfde percentages voor gedurende de observatieperiode. Tot slot kan worden opgemerkt, dat er uit de diagrammen geen duidelijke patroonmatigheid tot uiting komt.

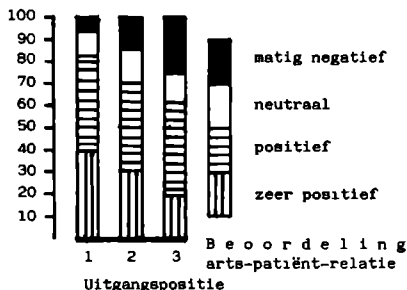
7.6. Beschrijving van enkele aspecten van de arts-patiënt-relatie bij de hulpverlening.

In hoofdstuk 3 is de essentiële betekenis van de arts-patiënt-interactie bij het hulpverleningsproces beschreven. Daarom werd van iedere in het onderzoek opgenomen patiënt gedurende de evaluatieperiode een beoordeling gegeven van de arts-patiënt-relatie door middel van een beoordelingslijst, opgesteld door Dr. A. Smits (psycholoog, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut). De operationalisatie van deze arts-patiënt-relatie wordt besproken in de bijlage. Op grond van de frequentieverdeling van de somscores kon een indeling in 4 beoordelingscategorieën worden opgesteld, namelijk: a. matig tot negatief: 15,1%; b. neutraal: 13,3%; c. positief: 41,2%; d. zeer positief: 30,4%. Opvallend is het hoge percentage positieve beoordelingen van de arts-patiënt-relatie door deze huisarts bij deze geselecteerde patiëntenpopulatie, namelijk 71%. In 4 grafieken wordt een beeld gegeven van de samenhang van deze arts-patiënt-relatie met een aantal variabelen.

1. Samenhang van de arts-patiënt-relatie met de 3 "uitgangsposities".

In de grafiek 7-23 valt het hoge percentage positieve beoordelingen op bij de patiënten die nieuwe gevallen zonder psychosociale voorgeschiedenis presenteerden (U.P. 1). Dit daalt bij de patiënten met een duidelijke voorgeschiedenis (U.P. 2) en nog verder bij de patiënten die reeds in behandeling waren met een psychosociale voorgeschiedenis (U.P. 3).

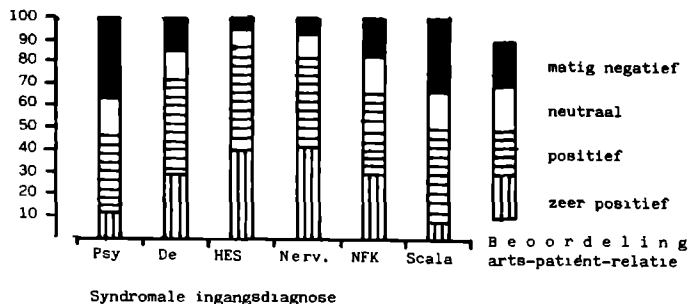
GRAFIEK 7-23: Percentage patiënten per uitgangspositie, verdeeld naar beoordelingscategorie arts-patient-relatie.



2. Samenhang van de arts-patiënt-relatie met de "syndromale ingangsdiagnose".

In de uitgangspositie 3 zijn een groot aantal patiënten ingedeeld onder de diagnosecategorie "psychiatrische aandoeningen" en "chronisch klaaggedrag". Grafiek 7-25 toont aan, dat juist deze diagnosecategorieën de laagste percentages positieve beoordelingen scoren. Bij het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" en de "nervositas" worden bijzonder hoge percentages positieve beoordelingen gevonden, resp. 87% en 82%, maar ook de depressie en de functionele klachten scoren nog percentages van respectievelijk 72% en 66%.

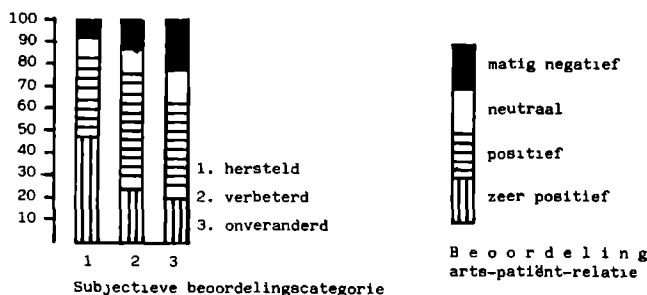
GRAFIEK 7-24: Percentage patiënten per syndromale ingangsdiagnose groep, verdeeld naar beoordelingscategorie arts-patiënt-relatie.



3. De samenhang van de arts-patiënt-relatie met de "subjectieve beoordeling" van het herstel door deze huisarts.

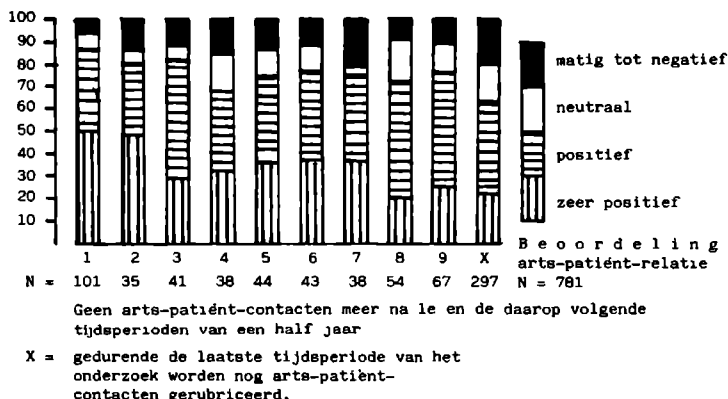
De grafiek 7-25 laat zien, dat de arts-patiënt-relatie het meest positief was bij de patiënten die herstelden en minder positief werd naarmate zij niet genazen. De gevallen die een verergering van de toestand te zien gaven konden niet in de beoordeling worden betrokken, vanwege het geringe aantal patiënten (namelijk slechts 3).

GRAFIEK 7-25: Percentage patiënten per subjectieve beoordelingscategorie door de huisarts, verdeeld naar beoordeling arts-patiënt-relatie.



4. Wanneer men het "aantal tijdsperiodes", gerekend vanaf het begin van het onderzoek, bij de beoordeling betreft komt men tot de volgende bevindingen, die in de grafiek 7-26 zijn weergegeven. De gunstigste arts-patiënt-relatie blijkt te hebben bestaan bij patiënten die slechts één of twee tijdsperiodes onder behandeling bleven. Het positief beoordeeld zijn van deze relatie door de huisarts nam af naarmate de patiënten in de follow-up van de observatieperiode langer onder behandeling bleken te blijven.

GRAFIEK 7-26: Percentage patiënten per objectieve beoordelingscategorie, verdeeld naar beoordelingscategorie arts-patiënt-relatie.



5. Bespreking.

De gehanteerde beoordelingslijst van de arts-patiënt-relatie geeft een beoordeling van de eigen gevoelens van deze huisarts met betrekking tot deze patiënt rond het midden van de onderzoeksperiode. De interactie tussen patiënt en arts speelt hierbij een belangrijke rol. Allereerst valt het hoge percentage positieve beoordelingen op, hetgeen als een eerste vereiste kan worden gezien om een effectieve relatie over een langere tijdsperiode met de, in dit onderzoek beschreven patiënten, te kunnen handhaven. Toch blijkt met de waarschijnlijk moeilijkste groep patiënten in de huisartspraktijk, de patiënten met psychiatrische aandoeningen en de patiënten met een chronisch klaaggedrag in slechts de helft der gevallen van een positieve relatie sprake te zijn geweest. Hierbij valt op, dat een minder gunstige beoordeling van de relatie door deze huisarts blijkt samen te hangen met een geringe herstellendens. Het is een boeiende vraag hoe deze samenhang geïnterpreteerd moet worden. Het is mogelijk te veronderstellen, dat aan de gevoelens van de arts een diagnostische waarde mag worden toegekend. Het is ook mogelijk te veronderstellen, dat de hulpverlening minder effectief was voor de patiënten ten opzichte van wie de huisarts minder positieve gevoelens had.

In de derde plaats is het mogelijk te veronderstellen, dat de gevoelens van de arts een rol gespeeld hebben bij zijn beoordeling van het al of niet verbeterd zijn van de patiënt aan het einde van de observatieperiode. De opzet van dit onderzoek maakt het niet mogelijk om uitspraken te doen over de juistheid van deze veronderstellingen. In de literatuur wordt herhaaldelijk gewezen op de algemeen voorkomende afweershouding ten opzichte van de presentatie van psychische stoornissen en functionele klachten, zowel bij artsen als bij de omgeving van de patiënt. Dit kan samenhangen met de vaagheid en ongrijpbaarheid van de klacht, alsmede de onvoorspelbaarheid van het gedrag van de patiënt.

7.7. Beschrijving van enkele aspecten van het hulpverleningsbeleid.

Twee vragen die ons hierbij bijzonder interesseren, zijn:

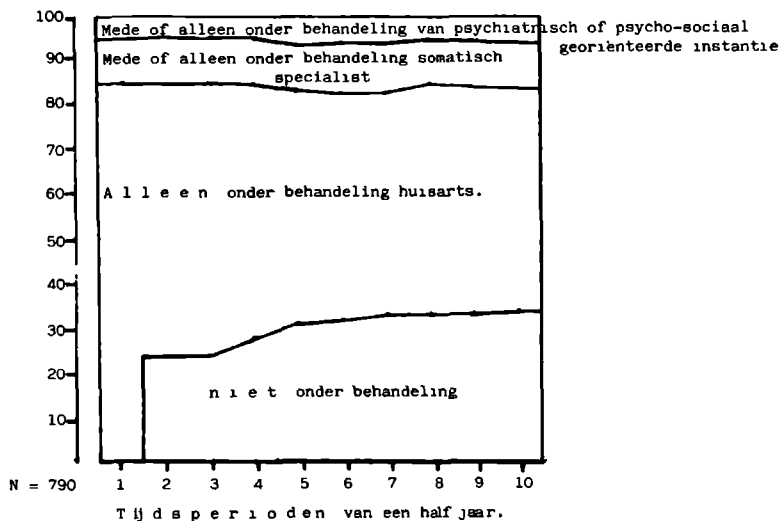
1. Welk is het aandeel van deze huisarts bij de hulpverlening aan de, door de onderzoekpopulatie gepresenteerde psychische morbiditeit?
2. In welke vorm wordt deze hulpverlening geboden?

7.70. Totaalbeeld van de hulpverlening.

Allereerst wordt in grafiek 7-27 een algemeen beeld gegeven van het aandeel van deze huisarts in de totale hulpverlening. Reeds na een half jaar was 25% van de patiënten n i e t onder behandeling van de huisarts voor klachten. Dit percentage stijgt gedurende de evaluatieperiode geleidelijk tot 34 in de laatste tijdsperiode. Vooruitlopend op het verwijzingsbeleid bij deze geselecteerde onderzoekpopulatie kan uit deze grafiek reeds het volgende worden geconcludeerd. Globaal 10% van de patiënten werd mede of alleen door een somatisch geïoriënteerd specialist behandeld. Onder deze verwijzingen vallen zowel die voor somatische afwijkingen als die voor functionele stoornissen. Deze laatste categorie komt in de volgende paragraaf ter sprake. Slechts globaal 5% van de patiënten uit deze speciaal op psychische stoornissen geselecteerde onderzoekpopulatie was gedurende de onderscheiden tijdsperioden mede of alleen onder behandeling van een psychiater of een sociale instantie.

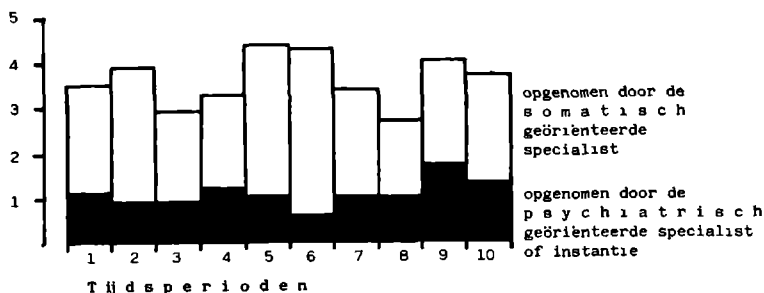
In dit totale beeld komt dus duidelijk tot uiting, dat deze huisarts de grote meerderheid van deze patiënten met psychische stoornissen en nerveus-functionele klachten geheel alleen behandelde of begeleidde. Dit komt overeen met gegevens uit de literatuur.

GRAFIEK 7-27: V e r d e l i n g van de patiëntenpopulatie over de hulpverleningscategorieën die zich overwegend met de patiënt gedurende de onderscheiden 10 tijdsperioden bemoeien.
Percentage patiënten per hulpverleningsinstantie.



Van alle patiënten waren er gedurende de 10 tijdsperioden gemiddeld 2,5% voor kortere of langere tijd "opgenomen" bij een "somatisch" georiënteerde specialist en ruim 1% bij een "psychiatrisch" georiënteerde specialist of instantie, zoals in grafiek 7-28 is weergegeven.

GRAFIEK 7-28: Percentage patiënten dat gedurende kortere of langere tijd per tijdperiode was opgenomen, opgesplitst naar opname door de psychiatrisch of somatisch georiënteerde specialist.



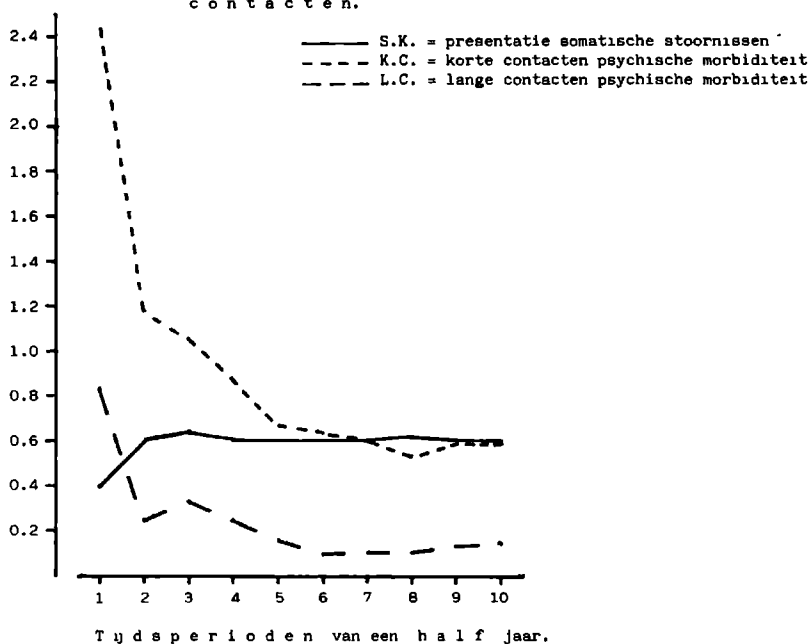
7.71. Het arts-patiënt-contact.

De arts-patiënt-contacten behoren tot het belangrijkste instrument waarover de huisarts beschikt bij de hulpverlening aan psychisch dysfunctionerende patiënten. In paragraaf 7.30 zijn de arts-patiënt contactpatronen over de 10 tijdsperioden beschreven, gedifferentieerd naar "korte" en "langdurende" (meer dan 10 minuten) contacten. De lange contacten moeten gezien worden als een bijzondere aanpak van de psychosociale problematiek, waarbij dus extra aandacht aan de patiënt en zijn problematiek wordt besteed.

Wanneer men de grafieken in paragraaf 7.30 beoordeelt vanuit het aspect van de hulpverlening kan de volgende beschrijving worden gegeven: Deze huisarts heeft voor de aanpak van de psychosociale problematiek en psychische morbiditeit voornamelijk de "korte" contacten gehanteerd (3 maal meer korte dan lange contacten werden genoteerd). Dat geldt zowel voor mannen als vrouwen. Vooral de "eerste" ziekte/klachtenperiode laat een hoog aantal contacten voor beide categorieën zien (grafiek 7-2). Wanneer men nu bekijkt aan welke syndromale ingangsdiagnosegroepen de meeste aandacht werd besteed (grafiek 7 - 5 + 6) dan steken de patiënten met een "scala van functionele klachten" in gemiddeld aantal korte contacten duidelijk boven de anderen uit.

Voor alle "syndromale ingangsdiagnosegroepen" geldt echter, dat er intensief contact is door middel van "korte" contacten bij de eerste periode van klachten of stoornissen, waarbij "depressie" en "scala van functionele klachten" aan de top staan. In de "tweede" tijdsperiode daalt deze frequentie reeds sterk en vanaf de vijfde tijdsperiode blijft de contactfrequentie op een gelijkmatig niveau verlopen. De "lange" contacten zijn bij alle syndromale ingangsdiagnosegroepen slechts in geringe aantallen gehanteerd. Bij de "depressie" valt het grillige beloop op. Voor de jongere "leeftijdsgroep" 14-29 jaar (7 - 7 + 8) wordt er een beduidend lagere contactfrequentie voor de behandeling van psychische stoornissen/functionele klachten gerubriceerd dan voor de overige leeftijdsgroepen. Vanaf de 7e tijdsperiode verdwijnt dit verschil. De lange contacten worden bij de behandeling van psychische decompensatietoestanden bij alle leeftijdsgroepen in eenzelfde frequentie benut. Opvallend is het grote aantal "korte" contacten dat voor patiënten met een belaste "psychosociale voorgeschiedenis" wordt genoteerd (U.P. 3, grafiek 7-3) ten opzichte van patiënten met een blanco anamnese op psychosociaal gebied. Dit zijn de patiënten met de hoogste medische consumptie. Een vergelijking tussen de contactfrequentie voor psychische morbiditeit en die voor somatische stoornissen van dezelfde patiënten wordt in grafiek 7-29 uitgebeeld. Het grote aandeel in de totale hulpverlening dat door de psychische morbiditeit in beslag wordt genomen komt het duidelijkst in de beginfase van de klachtenpresentatie tot uiting. Vanaf de zesde tijdsperiode is er geen verschil meer tussen het aandeel ten aanzien van de korte contacten voor de gepresenteerde psychische morbiditeit en de contacten voor somatische morbiditeit. Het surplus aan aandacht wordt dan geheel door het aantal lange contacten bepaald.

GRAFIEK 7-29: Gemiddeld aantal arts-patiënt-contacten per tijdsperiode, opgesplitst naar de presentatie van somatische klachten (SK) en psychische stoornissen/functionele klachten, verdeeld naar korte (KC) en lange (LC) contacten.



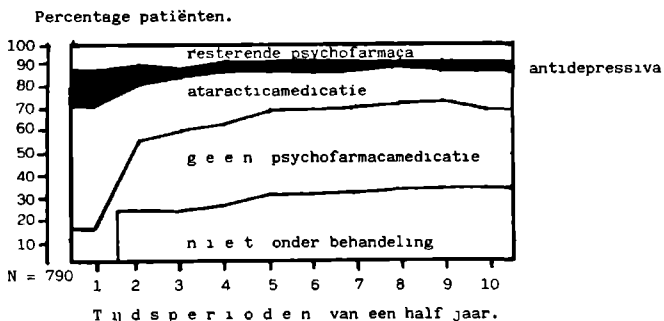
Samenvattend blijkt uit deze beschrijving van de "hulpverlening" aan de hand van de gemiddelde arts-patiënt-contacten dat voornamelijk de "korte" contacten verschillend worden gehanteerd, beoordeeld vanuit de drie patiëntkenmerken.

Vooraf de patiëntenpopulatie met de presentatie van een "scala van functionele klachten", vaak uitmondend in het syndroom van het "chronisch klaaggedrag", en de patiëntenpopulatie met een belaste psychosociale voorgeschiedenis (U.P. 3) eisen de meeste aandacht voor zich op. De verdeling van de "langdurende" contacten over de diverse categorieën van psychische morbiditeit geven geen aanwijzing voor een speciale benadering van een van deze categorieën.

7.72 Beschrijving van het gebruik van psychofarmaca door de geselecteerde patiëntenpopulatie gedurende de evaluatieperiode.

Hiermede wordt een indruk verkregen over het voorschrijfgedrag van deze huisarts, daar slechts globaal 5% van de patiënten mede of alleen onder behandeling van de psychiater bleek te zijn. Ook hier moest weer een grove indeling van de voorgeschreven psychofarmaca worden gemaakt, waarbij tot de volgende categorieën werd besloten: ataractica; antidepressiva (amitryptiline en imipramine) en een restgroep waaronder de neuroleptica, de psychoanaleptica en de barbituraten vallen. Door de behandelende specialisten werd gemiddeld per tijdsperiode aan 2,4% van de patiënten van de populatie psychofarmaca voorgeschreven, een percentage dat niet in grafiek 7-30 kon worden verwerkt.

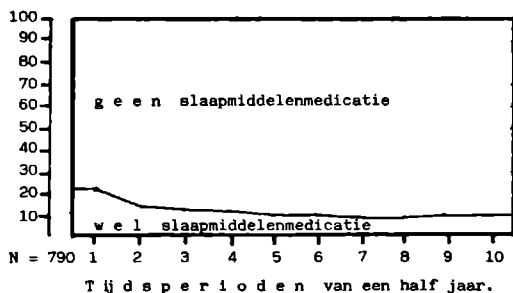
GRAFIEK 7-30: Verdeling van de patiëntenpopulatie op grond van de psychofarmacamedicatie gedurende de onderscheiden 10 tijdsperioden.



Opvallend is, dat in de eerste tijdsperiode, de periode dat de patiënt in het onderzoek werd opgenomen, aan 85% van zowel nieuwe als bekende patiënten psychofarmaca werden voorgeschreven. Van deze patiënten kregen 55% ataractica, 20% antidepressiva, terwijl er een restgroep was van ongeveer 12%. Gedurende de daarop volgende tijdsperioden liep het psychofarmaca-gebruik snel terug tot een constant percentage van 30 vanaf de 5e tijdsperiode. Dan gebruikt 5% van de patiënten antidepressiva en 18% ataractica en ongeveer 7% de restgroep van medicamenten.

In de volgende grafiek 7-31 wordt het percentage patiënten dat een "slaapmiddel" kreeg voorgeschreven, uitgebeeld. Bij opname in het onderzoek bleek dit bij 1/5 gedeelte van de patiëntenpopulatie het geval te zijn, doch dit percentage liep snel terug tot gemiddeld 10% van de patiënten en bleef nadien op een constant niveau. Bij de beoordeling van deze percentages moet men goed bedenken, dat het een op psychische stoornissen (waaronder slapeloosheid) geselecteerde patiëntenpopulatie betrof en dat het onderzoek in de jaren 1969 tot 1976 plaatsvond, toen het psychofarmaca-gebruik gemiddeld onder de huisartsen veel hoger lag dan nu.

GRAFIEK 7-31: Verdeling van de patiëntenpopulatie op grond van de slaapmiddelenmedicatie.
Percentage patiënten met slaapmiddelen-medicatie.



7.73. Beschrijving van het verwijzingsgedrag.

In het kader van een onderzoek naar het verwijzingsgedrag bij de presentatie van psychische stoornissen en functionele klachten komen enkele speciale facetten aan de orde, die zowel met het diagnostische proces als het behandelingsgedrag voor deze huisarts samenhangen. De verwijzing bij functionele klachten kan zowel geschieden ter geruststelling van de huisarts (ter uitsluiting van organische aandoeningen) als van de patiënt (de zogenaamde "paradoxe verwijzing") of van beiden.

1. Om een algemene indruk over het verwijzingsbeleid te geven zijn in het onderstaande overzicht, TABEL 7-3, de "eerste" verwijzingen gerubriceerd bij de patiënten van deze onderzoekpopulatie. Daarbij vallen de redenen tot verwijzing voor psychische aandoeningen voornamelijk onder rubriek 3 "vermoedelijk functionele klacht" en voor een kleiner gedeelte onder rubriek 4 "vermoedelijk psychogene superpositie", tezamen 34,2%. Daarmee wordt het belang van deze beide redenen tot verwijzing duidelijk. Bij de analyse van de verwijzing gedurende de 10 tijdsperiodes zal hierop nader wordtn ingegaan. Verder laat deze tabel 7-3 zien, dat er slechts 4,1% van deze op psychische morbiditeit geselecteerde onderzoekpopulatie naar een psychiater of psychosociaal geöriënteerde instantie werd verwezen.

Tenslotte blijkt, dat 2,1% van deze populatie werd opgenomen in verband met de presentatie van functionele klachten of de superpositie daarvan op een organische aandoening. Alles bijeen werd dus 36,3% van de patiënten voor een vermoedelijk functionele stoornis verwezen naar een somatisch geöriënteerd specialist. Dit is meer dan de helft van het totale aantal verwijzingen. Men kan stellen, dat hierdoor het gevaar dreigt van het op gang komen van een somatiseringsproces bij functionele stoornissen.

TABEL 7 - 3

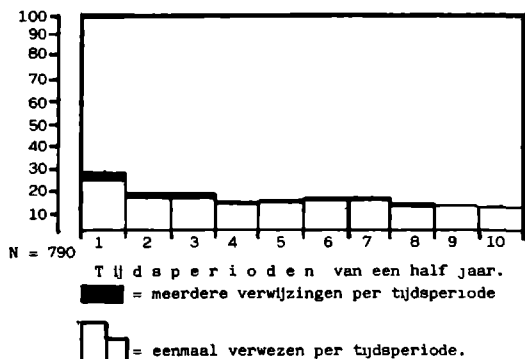
OVERZICHT E E R S T E VERWIJZINGEN BIJ DE PATIENTEN IN DIT ONDERZOEK

Aard stoornis bij VERWIJZING	P a t i ë n t e n	
	aantal	percentage
1. Gedurende de onderzoeksperiode n i e t verwezen patiënten	248	31,4 %
2. Poliklinische verwijzing naar een somatisch georiënteerd specialist voor s o m a t i s c h e aandoening	198	25,1 %
3. Poliklinische verwijzing voor vermoedelijk f u n c t i o n e l e klacht naar somatisch georiënteerd specialist	161	20,4 %
4. Poliklinische verwijzing voor vermoedelijk p s y c h o g e n e superpositie naar somatisch georiënteerd specialist	109	13,8 %
5. Poliklinische verwijzing naar p s y c h o - s o c i a a l georiënteerde instantie	32	4,1 %
6. Opname voor s o m a t i s c h e aandoening	13	1,6 %
7. Opname voor een f u n c t i o n e l e stoornis door de somatische specialist	8	0,8 %
8. Opname voor somatische aandoening met duide- lijk p s y c h o g e n e superpositie	10	1,3 %
9. N i e t gerubriceerd	11	1,4 %
T o t a a l:	790	100,- %

2. Een beeld van het "totale" percentage verwezen patiënten per tijdsperiode geeft grafiek 7-32. Het percentage patiënten dat "meermalen" werd verwezen was in de 1e tijdsperiode 4,2 en vanaf de 2e tijdsperiode gemiddeld slechts 1,9. Het percentage patiënten dat "eenmaal" werd verwezen bedroeg in de 1e tijdsperiode 23,2 en nadien gemiddeld 14,2.

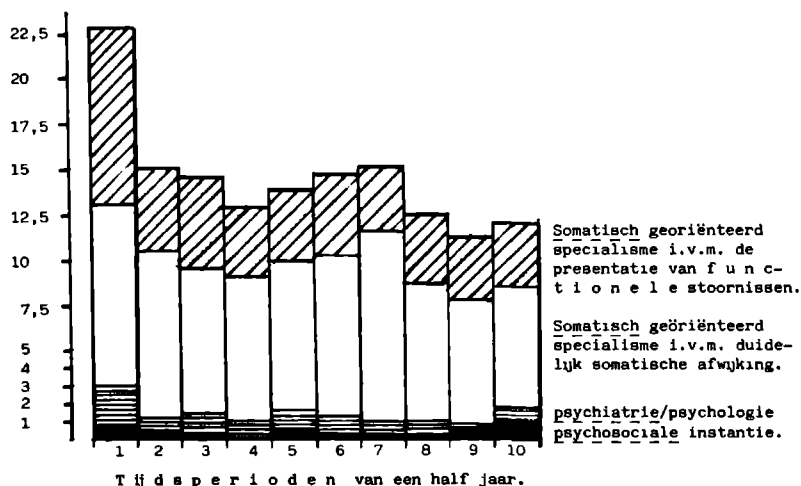
GRAFIEK 7-32: Overzicht van de percentages patiënten van de onderzoekpopulatie die tijdens de onderscheiden 10 tijdsperioden eenmaal of vaker werden verwezen.

Percentage patiënten.



3. Een nadere beschouwing van de "verwijzingen" naar diverse specialismen gedurende de evaluatieperiode geeft een inzicht in de onderlinge verhouding tussen de percentages verwijzingen voor somatische en de psychosociaal geöriënteerde specialismen (zie grafiek 7-33). De verwijzingen naar de somatisch geöriënteerde specialismen kunnen nog onderverdeeld worden naar de "aard", namelijk in verband met duidelijk somatische stoornis of in verband met de presentatie van een functionele stoornis. Deze laatste bleken in de 1e tijdsperiode ongeveer de helft en vervolgens 1/3 van de verwijzingen te betreffen.

GRAFIEK 7-33: Percentage verwezen patiënten per tijdsperiode, opgesplitst naar verwijzingsrichting en naar de aard van de stoornis voor de somatische specialismen.



4. Overzicht van het "aantal malen" dat de patiënt verwezen werd.

Gedurende de onderzoeksperiode van 5 jaar werd slechts ongeveer 1/3 gedeelte van de geselecteerde patiëntenpopulatie "niet" naar een specialist verwezen. Van de naar een somatisch georiënteerd specialist verwezen patiënt blijkt 1/3 gedeelte "eenmaal" en een ander 1/3 gedeelte "twee" of "driemaal" in 5 jaar te zijn verwezen; de overige 16% 4 tot 10 maal (TABEL 7-4). Dit betreft zowel de verwijzingen voor duidelijk somatische als voor functionele stoornissen. Vaker dan éénmaal verwijzingen naar psychiatrisch of sociaal georiënteerde instanties kwam slechts in zeer geringe percentage van de patiënten voor.

TABEL 7 - 4

TABEL 7 - 4 FREQUENTIEVERDELING VAN HET AANTAL VERWIJZINGEN PER PATIENT GEDURENDE DE EVALUATIEPERIODE VAN 5 JAAR, GEDIFFERENTIEERD NAAR									
aantal malen dat de patiënt verwezen werd in 5 jaar	TOTAAL		VERWIJZINGSRICHTING						
	totaal aantal verwijzingen in 5 jaar		somatisch georiënteerd specialisme		psychiatrisch georiënteerde instantie		sociaal georiënteerde instantie		
	aantal perc. patiënten		aantal perc. patiënten		aantal perc. patiënten		aantal perc. patiënten		
NIET verwezen	234	29,6 %	259	32,8 %	689	87,2 %	722	91,4 %	
1 x "	189	23,9 %	196	24,8 %	50	6,3 %	33	4,2 %	
2 x "	124	15,7 %	124	15,7 %	15	1,9 %	4	0,5 %	
3 x "	86	10,9 %	81	10,3 %	3	0,4 %	1	0,1 %	
4 x "	67	8,5 %	45	5,7 %	2	0,3 %			
5 x "	32	4,1 %	30	3,8 %	1	0,1 %			
6 x "	15	1,9 %	13	1,6 %					
7 x "	7	0,9 %	7	0,9 %					
8 x "	4	0,5 %	3	0,4 %					
9 x "			1	0,1 %					
10 x "	2	0,3 %							
11 x "			1	0,1 %					
NIET beoordeeld	30	3,8 %	30	3,8 %	30	3,8 %	30	3,8 %	
Totaal N =	790	100,0 %	790	100,0 %	790	100,0 %	790	100,0 %	

5. Overzicht van de percentages verwezen patiënten naar de psychiatrische of psycho-sociale instanties, gedifferentieerd naar patientkenmerken.

A. Bij de analyse van de indeling naar patientkenmerken valt bij de verwijzing naar de "psychiatrisch" georiënteerde specialist op (TABEL 7-5), dat vooral bij uitgangspositie 3 (reeds in behandeling zijnde patiënten met een psychosociale voorgeschiedenis) de syndromale ingangsdiagnosen "psychiatrie", "scala van functionele klachten" en "depressie" en de jongste leeftijdscategorie hoog scoorden.

TABEL 7-5

Percentage patiënten dat tijdens de evaluatieperiode van V U F jaar naar een p s y - c h i a t r i s c h georiënteerde instantie werd verwezen, gerelateerd aan de drie :	
Patiëntkenmerken (N = 71)	Perc. verwezen patiënten
Uitgangspositie 1	6,2 %
Uitgangspositie 2	6,9 %
Uitgangspositie 3	17,2 %
Syndromale ingangsdiagnose groepen	
Psychiatrie	25,6 %
Depressie	16,3 %
Hyperaesthetisch-emotioneel syndr.	7,1 %
Nervositas	3,5 %
Functionele klacht.	4,8 %
Scala functionele klacht.	20,0 %
Leeftijdsgroepen	
14 - 29 jaar	12,9 %
30 - 49 jaar	8,4 %
50 - 64 jaar	9,5 %
65 + jaar	3,6 %

B. De verdeling naar de patiëntkenmerken bij de verwijzing naar "psycho-sociaal" georiënteerde instanties (TABEL 7-6) levert minder duidelijk contrasterende percentages op. Ook hier scoorde de jongste leeftijdscategorie tweemaal zo hoog als de andere leeftijdscategorieën.

TABEL 7-6

Percentage patiënten dat tijdens de evaluatieperiode van V U F jaar naar een p s y c h o - s o c i a l georiënteerde instantie werd verwezen, gerelateerd aan de drie :	
Patiëntkenmerken (N = 38)	Perc. verwezen patiënten
Uitgangspositie 1	2,1 %
Uitgangspositie 2	6,9 %
Uitgangspositie 3	4,2 %
Syndromale ingangsdiagnose groepen	
Psychiatrie	7,7 %
Depressie	5,7 %
Hyperaesthetisch-emotioneel syndr.	6,5 %
Nervositas	4,4 %
Functionele klacht.	2,4 %
Scala functionele klacht.	8,3 %
Leeftijdsgroepen	
14 - 29 jaar	9,0 %
30 - 49 jaar	4,2 %
50 - 64 jaar	4,1 %
65 + jaar	1,8 %

7.74. Bespreking van de beschreven aspecten van de hulpverlening.

1. Uit het "totaalbeeld" komt naar voren, dat deze huisarts het overgrote deel van deze categorie patiënten met psychische stoornissen en functionele klachten geheel alleen opving. Per jaar werd slechts ongeveer 15% naar specialisten verwezen en gemiddeld 3,5% in een ziekenhuis opgenomen.
2. Bij de eerste klachtenperioden trad er een intensief arts-patiënt-contact op, dat aanvankelijk snel afnam om vanaf het derde onderzoekjaar, zowel voor mannen als vrouwen, op een gelijkmatig niveau te blijven. Bij de "scala van functionele klachten" viel gedurende de gehele evaluatieperiode de zeer hoge contactfrequentie op (zowel voor de korte als de langdurende contacten). Daarentegen liet het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" een lage contactfrequentie zien. Ook aan depressief gedrag werd door deze huisarts relatief veel aandacht besteed.
3. Het contactfrequentie-patroon voor de jongste "leeftijdsgroep" vertoonde een beduidend lager niveau dan de overige leeftijdsgroepen, welke laatste onderling weinig verschillen te zien gaven.
4. Opvallend is het gelijkmatige beloop van de "korte" en "langdurige" arts-patiënt-contacten vanaf het derde evaluatiejaar bij de behandeling van psychische morbiditeit, overeenkomend met dat voor de behandeling van somatische stoornissen.
5. Bij het "voorschrijfgedrag" van psychofarmaca valt het intensieve gebruik hiervan op in de beginperiode van de presentatie van psychische morbiditeit.
6. De "verwijzingscijfers" geven aanleiding tot de volgende opmerkingen:
Van deze geselecteerde patiëntenpopulatie werd gedurende vijf jaar 1/3 gedeelte niet verwezen.
Het leeuwendeel van alle verwijzingen vond plaats naar somatisch geöriënteerde specialisten en deze bleek in een aanzienlijk percentage meermalen plaats te vinden.
Verwijzing naar psychosociaal geöriënteerde specialismen en instanties vond slechts zelden plaats.
Verwijzing naar psychiatrisch geöriënteerde specialismen toonde een duidelijke samenhang met de patiëntkenmerken: jonge leeftijd, ingangsdiagnoses "psychiatrie", "depressie" en presentatie van "een scala van functionele klachten", en met het reeds tevoren in behandeling zijn voor psychische stoornissen.

7.8. Samenvattende bespreking van de bevindingen bij dit longitudinale onderzoek.

Dit longitudinale deelonderzoek is opgezet om tot de beantwoording van een centrale vraagstelling van het gehele onderzoek te komen, namelijk welke kans op herstel hebben patiënten die psychisch dysfunctioneren en welk beeld kan worden verkregen van het beloop van de psychische morbiditeit. Daaraan werd de vraag gekoppeld in hoeverre aan enkele patiëntkenmerken een voorspellende betekenis ten aanzien van het beloop kan worden toegekend.

Mogelijke samenhangen van deze patiëntkenmerken met enkele aspecten van de arts-patiënt-relatie, met syndroomverschuiving en met de hulpverlening kwamen ter sprake. Van de patiëntenpopulatie uit het transversale deelonderzoek (N = 1200) konden 300 mannen en 490 vrouwen gedurende vijf jaar worden vervolgd. De reden van uitval van de 410 patiënten was in 75% der gevallen verhuizing en in 7,8% der gevallen het kiezen van een andere huisarts. Een selectieve uitval kon niet worden aangetoond (paragraaf 4.32). De volgende patiëntkenmerken werden in dit onderzoek gehanteerd (par. 7.2, overzicht 7-1):

1. drie uitgangsposities, namelijk: nieuwe gevallen, zonder of met psychosociale voorgeschiedenis en oude gevallen met een psychosociale voorgeschiedenis;
2. zes syndromale ingangsdiagnosegroepen;
3. vier leeftijdsgroepen.

De beoordeling van de herstellendens kon geanalyseerd worden aan de hand van de gerubriceerde gemiddelde aantallen arts-patiënt-contacten op het spreekuur, die per half jaar werden vastgelegd, gedifferentieerd naar de presentatie van psychische en somatische klachten. De contacten in verband met de presentatie van psychische en functionele klachten en stoornissen werden nog eens onderscheiden in korte en langer durende (meer dan 10 minuten) contacten en gerelateerd aan de genoemde patiëntkenmerken (Overzicht 7-2).

Deze poging tot taxatie van de herstellendens werd vanuit drie invalshoeken benaderd: Eerst een beschrijving van het beeld van de gemiddelde arts-patiënt-contacten over tien aaneensluitende halfjaarlijkse perioden. Vervolgens van die in het 4e + 5e jaar en tenslotte de registratie van het aantal tijdsperioden waarna de arts-patiënt-contacten werden beëindigd. Deze analyse levert een aantal belangrijke bevindingen op. Op de eerste plaats opvallende verschillen tussen de aantallen contacten voor de presentatie van somatische en psychische stoornissen. Bij de somatische stoornissen zien wij gedurende de 5 jaars evaluatie een praktisch gelijkmatig aantal contacten voor beide geslachten, doch met een duidelijk overwegen van het aantal contacten bij de vrouwen. Bij de contacten voor psychische stoornissen zien wij voor mannen en vrouwen een gelijk niveau aan contacten.

Het opvallende verschil in het gemiddeld aantal contacten tussen beide categorieën stoornissen in het eerste en tweede half jaar van de onderzoeksperiode is moeilijk te beoordelen daar de invloed van het selectiemechanisme onduidelijk is. Bij de contacten voor somatische stoornissen zien wij praktisch geen verschil. In de volgende tijdsperioden neemt het contact bij de niet herstelde patiënten sterk af. Deze daling zet zich voort tot de 5e halfjaarlijkse periode, waarna evenals bij de somatische stoornissen een gelijkmatig niveau wordt bereikt. Wanneer we nu de samenhang met de patiëntkenmerken bekijken, geeft de eerste uitgangspositie (nieuwe gevallen zonder psychosociale voorgeschiedenis) het gunstigste beeld te zien. De syndromale ingangsdiagnose "scala van functionele klachten" de ongunstigste. De contactfrequentiepatronen binnen de leeftijdsgroepen laten voor alle soorten contacten een parallel beloop zien. De taxatie van het beloop van de herkende psychische morbiditeit is ook mogelijk door de gemiddelde aantallen contacten in het 4e + 5e jaar te beoordelen.

Dan blijkt 2/3 van de patiëntenpopulatie zonder psychosociale voorgeschiedenis geen contact meer met de huisarts te hebben gehad en 1/5 sporadisch contact. Beide andere uitgangsposities hebben een veel slechtere prognose ten aanzien van herstel. Dit stemt overeen met de bevindingen uit de literatuur, zowel voor de lichtere psychische stoornissen (par. 2.5-1) als voor die waarbij een psychosociale voorgeschiedenis vaak wordt aangetoond (par. 2.5-2).

Van de depressieve aandoeningen heeft 40% van de patiënten nog contact met de huisarts. Voor de leeftijdsgroepen kan nauwelijks een relatie worden vastgesteld met het beloop van psychische stoornissen; dit in tegenstelling tot de somatische klachten waarbij een toename met stijgende leeftijd optreedt. Ten aanzien van de ingangsdiagnosecategorieën kan uit deze analyse de volgende reeks worden opgesteld waarbij de prognose steeds ongunstiger wordt: nervositas, hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, depressief gedrag, functionele klachten en scala van functionele klachten.

Wanneer men nagaat hoe snel het herstel optreedt blijkt na een jaar 17% en na twee jaar 27% van de geselecteerde patiëntenpopulatie hersteld te zijn. Dit geldt echter voor alle psychische stoornissen tezamen, waardoor een wat ongunstiger beeld optreedt dan in de literatuur wordt vermeld (par. 2.5). Een differentiatie naar ernst en uitingsvorm kon echter niet worden uitgewerkt. Per half jaar wordt door gemiddeld 5% van de patiëntenpopulatie het contact met deze huisarts voor de presentatie van psychische stoornissen beëindigd. Tenslotte blijft 40% in het 5e jaar nog psychische en functionele klachten presenteren. Beoordeeld vanuit de drie patiëntkenmerken vertonen de bekende patiënten met een psychosociale voorgeschiedenis, de 65 plussers en de patiënten met een "scala van functionele klachten" de slechtste herstelrends. Het subjectieve eindoordeel van deze huisarts bij de beëindiging van de evaluatie komt overeen met de bovenstaande bevindingen, namelijk 40% hersteld, 18% verbeterd en 40% onveranderd. Een bijzonder verschijnsel bij de presentatie van functionele stoornissen en syndromen is de "symptoom- en syndroomverschuiving" waarop in de literatuur wordt gewezen (par. 2.301). Hoewel bijzonder moeilijk te analyseren en te beoordelen is daartoe toch een poging ondernomen. Daarbij blijkt, dat een groot percentage patiënten ingedeeld in welke syndromale diagnosecategorie dan ook, gedurende de evaluatieperiode een verschuiving van het klachtenpatroon vertonen. Hierbij zijn slechts geringe graduele verschillen tussen de diverse ingangsdiagnosegroepen te constateren. De in een klein percentage waargenomen verschuiving van de "scala van functionele klachten" naar de diagnosecategorie "depressie" (par. 7.5) is mogelijk een ondersteuning van de door enkele auteurs geuite veronderstelling (par. 2.313) dat onder de presentatie van het "chronisch klaaggedrag", waartoe een groot gedeelte van deze patiënten uit deze groep neigen, in bepaalde gevallen een depressie kan schuilgaan. Uit de literatuurverkenning komt eveneens duidelijk aan het licht, dat de arts-patiëntrelatie bij de hulpverlening aan de psychisch dysfunctionerende patiënt van doorslaggevende betekenis kan zijn (par. 3.2). Daarom wordt hieraan speciale aandacht besteed. Door Dr. A. Smits (psycholoog, N.U.H.I.) werd voor de operationalisatie van deze arts-patiëntrelatie een beoordelingslijst opgesteld (zie bijlage). Deze lijst geeft de beoordeling van de eigen gevoelens van deze huisarts met betrekking tot deze patiënt weer in het midden van de follow-up periode.

Opvallend is het hoge percentage positieve beoordelingen (par. 7.6), op zich een voorwaarde voor een effectief hanteren van deze categorie stoornissen. Toch blijkt dat met de moeilijk te behandelen groep patiënten met een "chronisch klaaggedrag" slechts in de helft der gevallen van een positieve relatie sprake is. Dit ondersteunt weer de bevinding uit het literatuuronderzoek dat er ten aanzien van de psychisch dysfunctionerende patiënten in het algemeen en bij deze groep patiënten in het bijzonder een afweerhouding bestaat, die zowel bij de arts als de omgeving kon worden vastgesteld (par. 3.1). Dit longitudinale onderzoek wordt besloten met een onderzoek naar een aantal aspecten van het hulpverleningsbeleid bij deze psychisch dysfunctionerende patiënten (par. 7.7). Het totaalbeeld (grafiek 7-27) laat duidelijk zien, dat de huisarts praktisch de gehele hulpverlening op eigen schouders nam. Slechts 5% van de totale geselecteerde patiëntenpopulatie werd naar een psychosociaal geïoriënteerde specialist verwezen. De somatisch geïoriënteerde specialist zag ongeveer 10% van deze populatie in consult. Het percentage patiënten dat per tijdsperiode gedurende kortere of langere tijd werd opgenomen is gering, namelijk 1% bij de psychiatrisch en 2,5% bij de somatisch geïoriënteerde specialist. Bij de hulpverlening van de psychisch gedecompenseerde patiënt werden vooral de korte contacten gehanteerd (3 x meer dan de lange), zowel voor mannen als voor vrouwen. De patiënten, ingedeeld in de syndromale ingangsdiagnosegroep "presentatie van een scala van functionele klachten" steken er duidelijk bovenuit, gevolgd door de "depressieve patiënten". Deze eisen, evenals de patiënten met een psychosociale voorgeschiedenis, de meeste aandacht. Voor de jongere leeftijdsgroep van 15-29 jaar is er een beduidend lagere contactfrequentie genoteerd dan voor de andere leeftijdsgroepen. De langer dan 10 minuten durende contacten blijken over alle diagnosegroepen gelijkmatig verdeeld te zijn. Ten aanzien van de psychofarmacaprescriptie valt op, dat deze bij de eerste opvang van deze categorie patiënten een percentage van 85 bereikt om daarna snel te dalen tot 30 vanaf de 5e tijdsperiode. Hierbij moet worden opgemerkt, dat in de jaren 1969 tot 1975 deze psychofarmaca veel gemakkelijker werden voorgeschreven dan in de daaropvolgende jaren. Bij opname in het onderzoek gebruikte 1/5 gedeelte van deze patiënten slaapmiddelen. Dit bleek later tot 10% gereduceerd te zijn. Tot slot wordt het "verwijzingsgedrag" onder de loupe genomen. Van deze geselecteerde patiëntenpopulatie werd gedurende de evaluatieperiode van 5 jaar 1/3 gedeelte niet verwezen. De verwijzingen betreffen voornamelijk somatisch geïoriënteerde specialisten en vinden meermalen gedurende de evaluatieperiode plaats. Globaal 1/3 gedeelte van deze verwijzingen zijn een gevolg van de presentatie van functionele klachten. De geringe verwijzing naar een psychiatrisch geïoriënteerde specialist of instantie toont een duidelijke samenhang met de patiëntkenmerken: jonge leeftijd, het hebben van een psychosociale voorgeschiedenis en de syndromale ingangsdiagnosegroepen: psychiatrische aandoeningen, depressies en een "scala van functionele klachten".

De vraagstellingen kunnen thans als volgt worden beantwoord:
Het beloop van de psychische morbiditeit laat in dit onderzoek een duidelijk verschil zien ten opzichte van het beloop van de somatische morbiditeit.

Bij de herkende psychische en functionele stoornissen is er mogelijk een verhoogde aanvangscontactfrequentie met de huisarts, die in het tweede halfjaar sterk afneemt en geleidelijk tot een consistent niveau daalt. Bij de gepresenteerde somatische stoornissen blijft de contactfrequentie gedurende de gehele evaluatieperiode op hetzelfde niveau. Overeenkomstig de literatuurgegevens blijkt ook bij dit onderzoek van een duidelijke hersteltendens sprake te zijn. Bij de beoordeling moet er rekening mee worden gehouden, dat er geen onderscheid in lichtere, ernstige en psychische desintegratietoestanden is gemaakt. Globaal is van deze patiëntenpopulatie 1/5 gedeelte binnen een jaar en 1/3 gedeelte binnen twee jaar hersteld. 2/5 gedeelte behoort tot de harde kern patiënten die continu een beroep op de huisarts blijven doen in verband met psychisch dysfunctioneren.

Met de kennis van de voorspellende betekenis van de patiëntkenmerken kan men twee groepen patiënten onderscheiden:

- a. Een groep patiënten waarbij een gunstig beloop is te verwachten. Het zijn de patiënten die nieuwe gevallen presenteren en geen psychosociale voorgeschiedenis hebben, met als uitingsvorm van psychisch dysfunctioneren vooral de "nervositas" of het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom".
- b. Een groep patiënten met een veel dubieuzere prognose. Het zijn de reeds bekende patiënten die een psychosociale voorgeschiedenis hebben en die vooral functionele syndromen of een "scala van functionele klachten" presenteren. Dit worden vaak de "chronisch klagende patiënten".

Voor beide categorieën patiënten geldt, dat de leeftijd en het geslacht van weinig invloed zijn. Hiermee is tevens de voorspellingskracht van deze patiëntkenmerken aangegeven.

Hoofdstuk 8. Beschouwing met betrekking tot de belangrijkste bevindingen.

Met dit exploratief onderzoek werd een poging ondernomen om de omvang, de aard en het beloop van de herkende psychische morbiditeit in een solo-huisartspraktijk in beeld te brengen.

Om dit te kunnen realiseren werd uitgegaan van drie algemene vragenstellingen:

1. Wat kan deze huisarts aan presentatie van psychische stoornissen en nerveus-functionele klachten verwachten; welke is de o m v a n g van de gepresenteerde psychische morbiditeit?
2. Hoe wordt de psychosociale problematiek aan de huisarts gepresenteerd door deze patiëntenpopulatie; welk s p e c t r u m aan verschijningsvormen komt er tot uiting?
3. Wat kan er over het b e l o o p van de gepresenteerde psychische morbiditeit bij deze geselecteerde patiëntenpopulatie na een evaluatieperiode van vijf jaar worden gezegd?

Alvorens tot de uitwerking van deze vragenstellingen over te gaan werd het veld van onderzoek nader verkend. Daarbij bleek direct al met welk een controversieel thema men met een onderzoek naar de psychische morbiditeit wordt geconfronteerd. Hiervan zijn wij ons steeds bewust geweest. Daarom werd bijzondere aandacht geschonken aan de problemen waarmee in een dergelijk onderzoek rekening moet worden gehouden. Men moet zich namelijk steeds afvragen welke gepresenteerde klachten en stoornissen tot de normale reactiepatronen van de gezonde mens behoren en welke als psychopathologisch moeten worden geïnterpreteerd. De opvattingen over de problematiek geestelijk gezond versus psychisch gestoord spelen hierbij een grote rol. Bij dit onderzoek staat het subjectieve karakter van de door deze huisarts gehanteerde selectiecriteria bij de presentatie van psychische en functionele stoornissen en syndromen centraal. Het is een subjectieve zogenaamde "zachte" diagnose die in samenhang met een subjectieve beoordeling van de patiënt en diens levenssituatie wordt gesteld. Ook de wijze waarop de klachten worden gepresenteerd, de vaagheid ervan, die weerstand oproept (zowel bij de arts als de omgeving van de patiënt) is kenmerkend voor de presentatie van psychische morbiditeit. Dit werkt het optreden van vooroordelen in de hand met daaraan inhaerent het ontstaan van blinde vlekken. De angst om een ernstige somatische afwijking over het hoofd te zien, met daarbij optredende schuldgevoelens bij de arts, drukt een stempel op het beslissingsproces. Al deze factoren hebben de selectie van de onderzoekpopulatie sterk beïnvloed. Zij verklaren ook de grote "interdoktervariatie" die in de literatuur over deze categorie stoornissen kon worden aangetoond. Om het subjectieve element in de beoordeling zoveel mogelijk te beperken werd bij de rubricering een syndromale diagnose-indeling gehanteerd. Bij de diagnose "functionele klacht/stoornis" werd als dubbel criterium gesteld, dat er een negatieve indicatie "geen objectieve somatische aandoening aan te tonen" en een positieve indicatie "aanduiding van een klaagtendens of klaaggedrag samenhangend met de persoonlijkheidsstructuur en/of een psychosociale problematiek" aanwezig moest zijn.

In dit onderzoek kan een zekere consistentie in de beoordeling worden aangenomen, daar deze steeds door dezelfde huisarts werd verricht.

Ter validering van de door deze huisarts in diagnosegroepen ingedeelde patiënten werd bij een deel van de patiënten in het begin van de observatieperiode de A.B.V. afgenomen. Daarmee kon worden vastgesteld, dat de patiëntenpopulatie zoals gediagnostiseerd door deze huisarts, ook als een selectie van patiënten met een relatief hoge neurotische labiliteit kan worden beschouwd.

De beantwoording van de vraagstellingen kon door middel van drie deelonderzoeken worden gerealiseerd.

1. De bevinding uit het "transversale" onderzoek dat 1/3 gedeelte van de praktijkpopulatie "at risk" van 14 jaar en ouder in 2 jaar minstens een periode van psychisch dysfunctioneren doormaakte komt globaal overeen met de literatuurgegevens. Het geeft tevens een aanwijzing over de omvang van de psychische morbiditeit in de huisartspraktijk. De psychiatrische aandoeningen maakten slechts een klein gedeelte van de herkende psychische morbiditeit uit. De helft daarvan betrof depressief gedrag (1/8 gedeelte van de totale gepresenteerde psychische morbiditeit). De hoge frequentie die in de literatuur meermalen wordt vermeld, kon in dit onderzoek niet worden bevestigd, ondanks de bijzondere belangstelling van deze onderzoeker voor depressie-symptomatologie. Wel was er een aanwijzing voor het voorkomen van een klein percentage patiënten met een "gemaskeerde depressie" in deze patiëntenpopulatie, tot uiting komend in een kleine verschuiving van de diagnosegroep "presentatie van een scala van functionele klachten" naar "depressie".

De differentiatie in psychische en functionele syndromen werd in de literatuur niet aangetroffen en hoewel de symptomatologie van beide syndromen elkaar vaak overlapt, zijn er toch kenmerkende verschillen aan te duiden.

Gewoonlijk worden al deze stoornissen en syndromen onder de diagnose-categorie 135 van de door de Britse "Royao College of General Practitioners" geïntroduceerde naar Eimerl genoemde E-lijst gerubriceerd; psychoneurose, vaak nerveus-functionele klachten genoemd.

In dit onderzoek werd een gelijke frequentie van beide diagnose-categorieën gevonden. Het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom scoorde bij de frequentieverdeling het hoogst. Van psychiatrische zijde werd in de literatuur reeds op de belangrijke consequenties van dit syndroom voor de diagnostiek in de huisartspraktijk gewezen. Deze reactievorm treedt op bij of na acute en chronische lichamelijke aandoeningen, maar ook als prodromaal syndroom bij ernstige cerebrale aandoeningen, het vaakst echter als een uitingsvorm van een psychische decompensatietoestand, zodat er in het kader van dit onderzoek extra aandacht aan werd besteed. Zowel de gegevens uit de literatuurverkenning als de eigen bevindingen wijzen er op, dat de middelbare leeftijd als een "bedreigde" levensperiode ten aanzien van psychisch decompenseren moet worden beschouwd. Mogelijk wordt de balans tussen mentale belasting en belastbaarheid ongunstig beïnvloed door veelvuldiger of intenser beleefde stress in samenhang met de levensfase problematiek, die weer grotendeels afhankelijk is van de persoonlijkheidsstructuur.

2. Uit de "arbeidsanalyse" kon voor het totale praktijkbestand een verrichtingsgetal van 2,6 over beide jaren worden berekend, dat voor vrouwen beduidend hoger lag dan voor mannen, ongeacht de verzekeringsvorm. Dit zou de veronderstelling dat huisvrouwen een brugfunctie tussen gezinsleden en huisarts vervullen, ondersteunen. De psychisch dysfunctionerende patiënt vergde globaal 1/3 gedeelte van de totale arbeid die in deze huisartspraktijk gedurende de onderzoeksperiode werd verricht.

3. De grootste belangstelling ging in dit onderzoek uit naar het "beloop" en de herstellendens van de gepresenteerde psychische en functionele stoornissen en syndromen. De bevindingen uit het longitudinale onderzoek geven aanleiding tot de volgende opmerkingen. De "herstellendens" laat een wat ongunstiger beeld zien dan in de huisartsgeneeskundige literatuur werd vermeld. Bij deze patiëntenpopulatie was 1/5 gedeelte binnen een jaar of eerder hersteld en 1/3 gedeelte binnen twee jaar. Doch in dit onderzoek werd er geen differentiatie naar de ernst van het gepresenteerde toestandsbeeld gerubriceerd. Daardoor werd het beeld enigszins in ongunstige zin vertekend, vooral ten opzichte van publicaties die alleen lichte psychische decompensatietoestanden beschreven. Op het einde van het vijfde jaar had 2/5 gedeelte van de patiëntenpopulatie nog contact met de huisarts voor psychisch dysfunctioneren, hetgeen echter niet betekent, dat er continu contact geweest was, voor een gedeelte betrof het recidieven bij over een langere periode gezien redelijk psychisch functionerende patiënten en voor een ander gedeelte chronisch klagende patiënten.

Belangrijk was de bevinding, dat - achteraf gezien - voor de beoordeling van de herstellendens reeds in een vroeg stadium aan bepaalde patiëntkenmerken een predictieve betekenis kon worden toegekend. Bij patiënten die bij de aanvang van de behandeling reeds meerdere kortere of langere psychische decompensatietoestanden hadden doorgemaakt, bleek de prognose ten aanzien van herstel ongunstiger te zijn dan bij patiënten zonder een dergelijke psychosociale voorgeschiedenis. Voor leeftijd en geslacht was een dergelijke samenhang niet aan te tonen. Hoewel de differentiatie in psychische en functionele syndromen in de huisartspraktijk zelden wordt gehanteerd en in de literatuur ook niet werd vermeld, bleek in dit onderzoek, dat de psychische syndromen (het "hyperaesthetisch syndroom" en de "nervositas") een betere prognose hadden dan de overwegend functionele syndromen. De slechtste prognose hadden de patiënten die met de presentatie van een "scala van functionele klachten" in het onderzoek werden opgenomen. Er waren sterke aanwijzingen dat vooral deze "chronisch klagende patiënten" werden (60% had in het 4e + 5e jaar nog contact met deze huisarts). De analyse van het hulpverleningsbeleid had betrekking op de eerste helft van de zeventiger jaren, toen de mogelijkheden om gebruik te maken van de thans aanwezige samenwerkingsverbanden binnen de Ambulante Geestelijke Gezondheids Zorg nog niet bestonden.

In de literatuurstudie werd gewezen op de aspecten van de arts-patiënt relatie in samenhang met de hulpverlening aan de psychisch dysfunctionerende patiënt. In dit onderzoek bleek de minder gunstige beoordeling van deze relatie samen te hangen met een geringe herstellendens, die juist bij de categorie patiënten met een "scala van functionele klachten" het meest werd aangetroffen.

Het blijft onduidelijk hoe deze samenhang geïnterpreteerd moet worden, vooral, daar de beoordeling in het midden van de evaluatieperiode plaatsvond. Daarbij kan men zich de vraag stellen in hoeverre de minder gunstige beoordeling van de arts-patiënt relatie invloed heeft op de hulpverlening en daarmee mogelijk ook op prognose, of heeft de slechte prognose (samenhangend met het gepresenteerde toestandsbeeld) een minder gunstige beoordeling van de relatie tot gevolg gehad. Hoewel er een positieve instelling van deze huisarts ten opzichte van de onderzoekpopulatie mag worden aangenomen, bleek er toch sprake van een duidelijke afweer ten aanzien van een bepaalde groep patiënten. Bewustwording van de eigen afweer ten opzichte van psychisch dysfunctionerende patiënten is belangrijk om het gevaar voor het ontstaan van een volkomen verziekte arts-patiënt relatie met wederzijdse afhankelijkheid, zoals bij het "chronisch klaaggedrag" beschreven, te voorkomen. De richtlijnen voor het voorkomen van de verergering van de somatische fixatie bieden misschien mogelijkheden of aanknopingspunten om uit de impasse te geraken (tertiaire preventie). Ook de bevinding, dat gedurende de evaluatieperiode 1/3 gedeelte van alle verwijzingen naar de somatisch geïoriënteerde specialist functionele stoornissen betrof, geeft de ernst en de omvang aan van de problematiek rond de processen van somatisatie weer. Juist bij deze verwijzingen is de kans op het op gang komen van het proces van somatisatie bijzonder groot.

Kenmerkend bij de presentatie van functionele stoornissen is het optreden van het verschijnsel van de symptoom-/syndroomverschuiving. Ook in dit onderzoek bleek bij een groot percentage van de patiëntenpopulatie verschuiving van het klachtenpatroon op te treden met slechts graduele verschillen tussen de zes bij de aanvang van het onderzoek gepresenteerde syndromale diagnosecategorïën. Dit kan ook wijzen op een artefact in de diagnostische onderscheidingen. Men kan zich op grond van de bevindingen afvragen in hoeverre de in dit onderzoek gehanteerde vergaande differentiatie in de diverse psychische en functionele syndromen voor de huisartsgeneeskunde gerechtvaardigd is en praktische betekenis heeft. Er kon wel een verschil in herstellendens in samenhang met de psychosociale voorgeschiedenis tussen de beide syndroomcategorïën worden vastgesteld. Het zijn alle uitingsvormen van psychische decompensatietoestanden op (dreigend) falen van de stressverwerking. De bovenstaande bevinding ondersteunt de gekozen indeling bij de continue morbiditeits-registratie in de huisartspraktijk, die de diagnosecategorie 135 van de E-lijst als verzamelcategorie voor de psychische en functionele syndromen en stoornissen hanteert voor onderzoek naar de totaal gepresenteerde morbiditeit in de huisartspraktijk. Wanneer men de praktische betekenis van de bevindingen voor de huisarts nader beschouwt geeft dit aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1. Dat 1/3 gedeelte van de praktijkpopulatie "at risk" in twee jaar minstens één periode van psychisch dysfunctioneren doormaakte en dat de arbeidsbelasting voor de huisarts hierdoor op 1/3 van de totale arbeid neerkwam, brengt de betekenis van de psychische morbiditeit voor de huisartsgeneeskunde duidelijk aan het licht.

2. Voor de hulpverlening is het een belangrijke bevinding, dat patiënten met een psychosociale voorgeschiedenis, dat wil zeggen patiënten die reeds meerdere kortere of langere psychische decompensatieperiodes hebben doorgemaakt, een geringe herstelkans hadden. De meeste kans op herstel/verbetering hadden patiënten zonder een psychosociale voorgeschiedenis bij de aanvang van het psychisch decompenseren.
3. Van de uitingsvormen van psychische decompensatietoestanden lieten het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" en de "nerveuze toestandsbeelden" een gunstiger beloop zien dan de "depressies" en de "functionele syndromen".
4. De categorie patiënten die een "scala van functionele klachten" presenteerden hadden een sterke somatiseringseigenheid. Een belangrijk percentage van hen werden "chronisch klagende patiënten".
5. De middelbare leeftijd kon als een "bedreigde" levensperiode ten aanzien van psychisch decompenseren worden beschouwd.
6. Bij de behandeling van psychische decompensatietoestanden moest in vele gevallen rekening gehouden worden met een lange periode. Zeer globaal gesteld bleek dat 1/3 gedeelte van de patiënten binnen 1 à 2 jaar hersteld was en dat 1/3 gedeelte na 5 jaar nog steeds een beroep op de hulp van de huisarts deed in verband met psychisch dysfunctioneren.
7. Bij de follow-up bleken er nogal wat wisselingen voor te komen in diagnostische indelingen, zodat het de vraag is in hoeverre deze ver doorgevoerde differentiatie wel praktische betekenis heeft.

Hoewel deze opmerkingen niet zonder meer gegeneraliseerd mogen worden naar alle praktijkpopulaties, sluiten zij aan bij de bevindingen uit het literatuuronderzoek, voorzover vergelijkbaar. Bovendien zijn hieruit praktische consequenties te trekken ten aanzien van de benadering van de psychische morbiditeit in de huisartspraktijk. De huisarts verkeert namelijk in de unieke situatie in vele gevallen reeds een integraal beeld van de psychisch decompenserende patiënt te hebben op het moment dat deze met klachten bij hem komt. Daardoor kan door hem de betekenis van de gepresenteerde klacht of stoornis in een vroeger stadium worden geïnterpreteerd dan door welke andere hulpverlener in de gezondheidszorg ook. Dit is juist bij de presentatie van psychische en functionele klachten van uitermate groot belang. De kennis van de voorspellende betekenis van enkele patiëntkenmerken, vooral de psychosociale voorgeschiedenis en het gepresenteerde toestandsbeeld, kan daarbij van praktisch nut zijn. De huisarts kan daardoor in een vroeger stadium inschatten welke patiënten zichzelf kan of moet behandelen of begeleiden (om somatisatie te voorkomen) en bij welke een gericht gebruik gemaakt kan worden van samenwerkingsverbanden in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Hoofdstuk 9. Samenvatting.

- 9.1. Om de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg aan te duiden wordt in de i n l e i d i n g een theoretisch model van 5 niveaus van psychische en psychiatrische morbiditeit uitgewerkt zoals in tabel I-1 schematisch is weergegeven.

Uit de totale gepresenteerde morbiditeit in het eerste echelon wordt door de huisarts een gedeelte als psychische morbiditeit herkend. Van zijn beslissingsgedrag hangt het mede af, of de patiënt de ziekerol zal aannemen. Daarbij zijn dan 2 filters gepasseerd, waarbij het ziektegedrag van de patiënt en het beslissingsgedrag van de huisarts centraal staan.

Nu dringen zich twee vragen op die mede de aanleiding vormden tot dit onderzoek, namelijk:

- a. Wat doet de huisarts met deze categorie patiënten waarbij hij de presentatie van psychische stoornissen en functionele klachten vermoedt?
- b. Wat kan hij van zijn bemoeiingen met deze patiënten verwachten ten aanzien van verbetering of herstel van het psychisch functioneren?

Deze vanuit de dagelijkse praktijk gerezen vragen leiden tot de formulering van de algemene d o e l s t e l l i n g van dit onderzoek, namelijk:

Een concreet beeld te krijgen over het beloop van de morbiditeit bij een, op de presentatie van psychische stoornissen en nerveus-functionele klachten geselecteerde patiëntenpopulatie uit een huisartspraktijk. Daarbij worden een aantal factoren betrokken die mogelijk van invloed kunnen zijn op of samenhangen met dit beloop.

Om enig inzicht te krijgen in de omvang en aard van deze psychische morbiditeit in de bevolking en in patiëntenpopulaties en omtrent de vaak controversiële meningen hierover in de psychiatrie en de huisartsgeneeskunde leek een literatuurverkenning ter oriëntatie over het veld van onderzoek noodzakelijk. Daarbij komt ook de problematiek bij de ontmoeting van de huisarts met de psychisch gedecompenseerde patiënt aan de orde. Dit "oriënterend gedeelte" wordt gesplitst in twee hoofdstukken, waarbij er in het eerste hoofdstuk naar gestreefd wordt om:

1. een omschrijving te geven van de in dit onderzoek gehanteerde begrippen;
2. morbiditeitsgegevens te verzamelen ter vergelijking van de eigen bevindingen met die uit de literatuur;
3. een totaalbeeld te verkrijgen van de te verwachten gepresenteerde psychische morbiditeit in een huisartspraktijk en het beloop hiervan.

In het tweede hoofdstuk wordt de filterwerking geanalyseerd, waarbij het arts-patiënt interactieproces van essentiële betekenis is.

- 9.2. De algemene indruk die deze "literatuurverkenning" nalaat is de teleurstellende ervaring dat praktisch alle onderzoeken in de huisartspraktijk qua opzet, uitvoering en bevindingen zo sterk van elkaar verschillen, dat een gedifferentieerd beeld van de gepresenteerde psychische morbiditeit nauwelijks te geven is. De grote variatiebreedte van de gepubliceerde gegevens, het vaak ontbreken van begripsomschrijvingen van de gehanteerde epidemiologische grootheden, alsmede de verwarring rond de gebruikte terminologie hebben de vergelijkingsmogelijkheden sterk beperkt. Daarom wordt in par. 2.300 uitvoerig ingegaan op de begripsomschrijvingen en de terminologie van de in deze studie te beoordelen psychische en functionele stoornissen en syndromen. Deze grote verschillen in uitkomsten hangen nauw samen met het verschijnsel van de "interdokter-variatie", kenmerkend voor de interpretatie van het klachtenaanbod, waarbij psychosociale problematiek een rol speelt. Door diverse auteurs is dit aangetoond, niet alleen bij psychische maar ook bij somatische aandoeningen.

Om een totaalbeeld te krijgen van de omvang van de psychische morbiditeit is een beoordeling van de literatuur betreffende de "verborgen morbiditeit" van belang (par. 2.1). Een van de opvallendste bevindingen hierbij is het percentage van de werkelijk "ervaren" onlustgevoelens dat aan de huisarts wordt gepresenteerd. Dit laatste wordt geschat op 20%, de zogenaamde "top van de ijsberg" met 80% verborgen morbiditeit. Hiermee zijn we bij de aspecten van de "premedische fase" aangeland, welke betrekking hebben op de werking van het eerste filter, namelijk het proces dat doorlopen wordt tussen de bewustwording van het onwelbevinden of gespannen voelen tot symptoomherkenning en klachtenpresentatie. Verschijnselen als uitstelgedrag, drempelvrees, klaagtendentie, doorgeefpatronen binnen gezinsverband bepalen of dit eerste filter al of niet wordt gepasseerd en daarmee de omvang van het verborgen blijven van psychische morbiditeit. Een tweede aspect van de verborgen morbiditeit is de "latente", door de huisarts niet herkende psychische stoornissen, waardoor de patiënt het tweede filter niet passeert en óf onbehandeld blijft, óf in de somatische kringloop terechtkomt. De negatieve gevoelswaarde, verbonden aan deze stoornissen, zowel bij de patiënt, de omgeving als de huisarts, speelt bij deze processen een bijzonder grote rol.

Uit de publicaties betreffende "bevolkingsonderzoek" naar psychische morbiditeit (par. 2.2) komt de subculturele beïnvloeding van het ziektegedrag en ziektebeloop duidelijk aan het licht. De (huis)arts wordt in toenemende mate geconfronteerd met de transculturele aspecten van de klachtenpresentatie, vooral bij de psychisch dysfunctionerende patiënten van buitenlandse herkomst. Globaal wordt de totale psychische morbiditeit in de bevolking geschat op 175-250 per 1000 personen per jaar; daarvan zouden 150-200 personen per 1000 psychische stoornissen aan de huisarts presenteren (en dus het eerste filter passeren).

Daar de presentatie van "functionele stoornissen en syndromen" een belangrijk onderdeel van dit onderzoek betreft worden de kenmerken hiervan uitvoerig besproken (par. 2.300). Nadrukkelijk wordt er hierbij op gewezen, dat de differentiatie tussen functionele en psychische stoornissen slechts een poging is om een ordening aan te brengen in de uitingsvormen van de geïmprementeerde psychische morbiditeit. Het belangrijkste aspect van de functionele klacht of stoornis is de communicatieve functie. Daarvan zijn vele kenmerken af te leiden, waarvan als de belangrijkste genoemd kunnen worden: de vaagheid van de klacht en de symptoom-/syndroomverschuiving.

Een essentieel gegeven bij de benadering van patiënten met functionele en psychische klachten is de ontkenning van de problemen in relatie met hun klachten en de afweer ten aanzien van verklarende en inzichtgevende therapie. Ook het "proces van somatisering" hangt hiermee samen. Dit verhindert het doordringen tot de echte problematiek die de oorzaak van het psychisch dysfunctioneren is of deze mede heeft geluxeed. Van de vele factoren die hierbij een rol kunnen spelen worden hier genoemd: de persoonlijkheidskenmerken, de kwaliteit van de arts-patiënt communicatie, het omgaan met gezondheidsstoornissen, het ziekte- en klaggedrag en de somatiseringsgeneigdheid. Verder zijn van bijzondere betekenis bij dit gehele proces van somatisatie de gezinsinteracties en de doorgeefpatronen binnen gezins- en familieverband en het eveneens gezinsmatig bepaalde probleemoplossend vermogen. Ook de betrokkenheid bij sociale netwerken kan een positieve invloed uitoefenen op het voorkomen van somatische fixatie. Uit de vele beschikbaar gekomen gegevens komt zeer duidelijk naar voren, dat het gehele proces van somatisatie in het gezin geworteld is, zowel wat de predispositie tot, als de activering en het onderhouden van het proces betreft. De exponent van het somatiseringsproces is de "chronisch klagende patiënt" waarbij een specifieke relatie tussen klager en hulpverlener wordt aangenomen. Deze patiënten vermijden conflicten en leggen de verantwoordelijkheid voor de totale situatie bij de ander, de hulpverlener of bij de sleutelfiguren. Het chronisch klaggedrag kan als het eindpunt van somatische fixatie worden beschouwd.

Tot de belangrijkste functionele syndromen behoren het gastro-intestinale, het nek-rug- en het hyperventilatiesyndroom, terwijl van de psychische syndromen het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, het neurastheen syndroom en de nervositas genoemd moeten worden. Behalve aan de kenmerken van deze syndromen wordt ook aandacht besteed aan de psychische decompensatietoestanden tengevolge van stressverwerking, waarbij de uitingsvorm in samenhang met de ontstaanswijze wordt besproken.

In het kader van dit onderzoek interesseert ons in het bijzonder de "frequentie" en het "beloop" van de diverse categorieën van psychische en functionele stoornissen en syndromen, vaak aangeduid als "psychoneurose" (Categorie 135 van de E-lijst). Rekening houdend met de boven besproken beperkingen bij het vergelijkingsonderzoek kan een prevalentiecijfer van 50-100 per 1000 patiënten per jaar voor deze categorie stoornissen worden berekend.

Een man/vrouw ratio van 1 op 2 wordt vrij algemeen aangenomen. Voor de "leeftijdsgroepen" wordt de hoogste frequentie van nieuwe gevallen gemiddeld gerubriceerd tussen de 25-45 jaar en voor de bekende (chronische) gevallen tussen de 45 en 65 jaar. Belangrijker voor de huisarts zijn de verkregen gegevens over het "beloop" van deze stoornissen. Algemeen wordt aangenomen, dat bij de nieuw (voor de eerste maal of na een langere klachtenvrije periode) gepresenteerde gevallen binnen een $\frac{1}{2}$ -1 jaar bij 1/3 van de patiënten een herstel is ingetreden, terwijl 1/3 verbeterd is of een remitterend beloop te zien geeft en 1/3 een chronisch beloop gaat vertonen. Dit geldt dus niet voor de psychische en functionele stoornissen tengevolge van acuut optredende stresstoestanden bij doorgaans psychisch goed functionerende patiënten met een normale persoonlijkheidsontwikkeling. Deze herstellen sneller en in een groter percentage. In het algemeen laten de functionele syndromen een ongunstiger beloop zien dan de psychische syndromen. De "psychiatrische toestandsbeelden", met uitzondering van de neurose en de depressie, maken slechts een fractie van de totale en een zeer gering gedeelte van de gepresenteerde psychische morbiditeit uit, globaal 5-8/1000 personen "at risk" (praktijkpopulatie). Beloop en frequentieverdeling per leeftijdsgroep zijn sterk van de betreffende psychische desintegratievorm afhankelijk.

Wel belangrijk voor de huisarts zijn de "depressieve toestandsbeelden", hetgeen ook uit de publicaties vanuit de huisartsgeneeskunde tot uiting komt (par. 2.313). Het belang van zowel een nosologische als syndromale typering wordt ter sprake gebracht evenals de differentiatie tussen personale en vitale depressies (par. 2.313). Het depressief gedrag op grond van endogene factoren met vitale kenmerken heeft een eigen specifiek beloop. Voor de praktijk is het van belang te weten, dat deze depressievormen langer duren dan gewoonlijk wordt aangenomen. Dit geldt in zekere mate ook voor de reactieve (personale) depressies. Tevens komt uit de literatuurverkenning duidelijk naar voren, dat de depressies tot de meest miskende psychische decompensatietoestanden behoren en vaak schuilgaan achter functionele klachten en syndromen. Vooral het "chronisch klaaggedrag" kan op een "gemaskeerde depressie" duiden. Het aftasten van de "suïcidaliteit" op grond van de door de patiënt uitgezonden signalen blijft bij de begeleiding van de depressieve patiënt steeds geboden (par. 2.410).

De problematiek van het "neurotisch gedrag" is van een dermate onoverzienbare omvang dat over de uitingvormen (par. 2.312) en de frequentie (par. 2.411) alleen voor de huisarts belangrijke facetten worden besproken. Ten aanzien van het beloop (par. 2.402) kan men twee groepen neurotische patiënten met een voorspelbaar beloop onderscheiden, namelijk degenen waarbij na een jaar een verbetering is ingetreden en die binnen twee jaar hersteld zijn en een groep die na een jaar onveranderd is en na twee jaar niet verbeterd. Hier is een chronisch beloop te verwachten. Opmerkelijk is, dat een spontaan herstel binnen een $\frac{1}{2}$ -1 jaar kan optreden, doch met een gemiddelde duur van $1\frac{1}{2}$ jaar moet rekening gehouden worden. Na een jaar kan de prognose dikwijls reeds gesteld worden. Voor de frequentieverdeling wordt naar de tabel 2-III verwezen.

Vooraf de betekenis van gezinsinvloeden op het ziektegedrag verdient onze aandacht, daar vooral de psychisch dysfunctionerende patiënt in het gezin moet worden opgevangen indien de mogelijkheid daartoe ook maar enigszins aanwezig is, (par. 3.2). De gezinsinteracties en doorgeefpatronen bepalen in grote mate het ontstaan en het zich ontwikkelen van neurotische stoornissen van het kind. Het onderkennen van risico-gezinnen en de gestoorde gezinsinteracties is daarbij van groot belang. De neurose wordt daarom met recht een gezinsziekte genoemd.

- 9.3. Een beschrijving van een aantal aspecten van de problematiek bij de hulpverlening aan de psychisch dysfunctionerende patiënt leidt direct al tot het zeer controversiële thema: psychisch gezond versus psychisch gestoord. Aan de hand van een aantal definities van de tegengestelde begrippenparen "normaal-abnormaal", "aangepast-onaangepast" en "ongestoord-gestoord" wordt deze problematiek besproken. Voor de huisarts zijn vooral de psychische stoornissen van de gezonde mens van betekenis. De differentiatie t.o.v. de psychopathologie, vooral de neurose (die door de begripsinflatie met bijna alle moeilijk te verwerken levensgebeurtenissen in verband wordt gebracht) wordt besproken. Voor een praktische benadering in de huisartspraktijk kan men de richtlijnen van Rümke aanhouden, die tijdsduur, het blijven bestaan der verschijnselen, de reactie van het geheel van de persoonlijkheid en het al of niet adequaat verwerken van het conflict van essentiële betekenis achtte bij de beoordeling van de patiënt. Dagelijks wordt de huisarts geconfronteerd met het tekort schieten van de mens in gedrag en functioneren op psychisch en sociaal gebied, dat als "psychosociaal dysfunctioneren" wordt aangeduid. De arts moet zich er voor hoeden het hiermee gepaard gaande gebrek aan levensvoldoening als een psychische stoornis te interpreteren, daar anders de medicalisering in de hand wordt gewerkt. Het belang van de psychosociale diagnostiek bij deze categorie stoornissen komt hier duidelijk aan het licht (par. 3.1). De wijze waarop de klachten worden gepresenteerd, de vaagheid ervan, die weerstand oproept (zowel bij de arts als de omgeving) werkt het optreden van vooroordelen in de hand met daaraan inhaerent het gevaar van het ontstaan van blinde vlekken. Gelukkig werkt de tijdsfactor en het bekend zijn met de achtergrondinformatie in het voordeel van de huisartsendiagnostiek ten opzichte van specialistische disciplines. Het dilemma bij de psychosociale diagnostiek blijft de angst van de arts om een ernstige somatische aandoening over het hoofd te zien met de daarbij optredende schuldgevoelens. Uit het lage verwijsperscentage van globaal 10% van de totale gepresenteerde psychische morbiditeit naar psychosociaal geöriënteerde disciplines blijkt, dat de huisarts deze categoriepatiënten praktisch geheel opvangt.

Dit 3e hoofdstuk, waarin de vele aspecten van de ontmoeting tussen de huisarts en de psychisch dysfunctionerende patiënt zijn belicht, wordt besloten met een analyse van een aantal publicaties die de "arts-patiënt interacties" tot onderwerp van studie hebben.

Beoordeeld vanuit rol- en verwachtingspatronen moet men aannemen, dat er een discrepantie bestaat tussen hetgeen de patiënt van de arts verwacht en dat wat de arts kan bieden, waardoor er in de arts-patiënt relatie een continu gespannen verhouding bestaat, waarvan menig arts zich niet bewust is. Ook bij de opbouw van de huisartspraktijkpopulatie zal dit mechanisme en de mate van overeenstemming in elkaars verwachtingspatronen van grote invloed zijn en indirect dus ook op de samenstelling van deze onderzoekpopulatie. De belangrijkste psychodynamische facetten van de arts-patiënt relatie worden in het kort besproken, omdat daaruit waardevolle signalen van een dreigende verstoring van deze relatie kunnen worden opgevangen. De psychodynamische processen bij de interactie tussen arts en patiënt beslissen tenslotte over de positieve en negatieve gevoelsoverdracht van de betrokkenen, afhankelijk van de karakterstructuur en de ervaringen uit de vroege jeugd. Al deze facetten moeten in verband worden gebracht met het belangrijke fenomeen van de vaak grote "interdoktervariatie", die door vele auteurs kon worden vastgesteld. Het voordeel van dit onderzoek is, dat het door een solo-huisarts werd uitgevoerd, waardoor een zekere consistentie in de beoordeling van de gepresenteerde klachten en de daarop gestelde syndromale diagnose kan worden aangenomen.

De huisartsgeneeskundige literatuur geeft vooral een beschrijving van de gepresenteerde psychische stoornissen van de gezonde mens en van de uitingvormen van psychische decompensatietoestanden tengevolge van acuut en chronisch optredende spanningstoestanden bij doorgaans psychisch redelijk tot normaal functionerende mensen. Deze categorie patiënten wordt praktisch geheel door het eerste echelon opgevangen. Het grote aandeel dat de functionele stoornissen en syndromen in de totaal gepresenteerde psychische morbiditeit innemen heeft een duidelijke stempel op de recent gepubliceerde literatuur gedrukt. De grootste impuls voor onderzoek en publicatie van omschrijving, hantering en preventie van de processen van somatisatie komt aanvankelijk uit de Amsterdamse en Nijmeegse Universitaire Huisartsen Instituten. Deze zijn duidelijk op de alledaagse praktijk gericht en verschillen hierin van de publicaties uit de psychiatrische discipline, waarin de verklaring van de hieraan ten grondslag liggende psychodynamische mechanismen centraal staat. Deze literatuurstudie geeft een beeld van de ontwikkeling van de opvang van de gepresenteerde psychische morbiditeit in de huisartspraktijk. De stroom van publicaties is vanaf 1960 op gang gekomen, aanvankelijk vanuit of in samenwerking met de psychiatrische en psychosociaal geöriënteerde disciplines, doch vanaf de zeventiger jaren praktisch geheel vanuit de huisartsgeneeskunde, waarbij wel de psycholoog en socioloog worden betrokken.

Na deze oriëntatie over de gepubliceerde bevindingen ten aanzien van vóórkomen, beloop en aard van te verwachten psychische stoornissen in de huisartspraktijk komt het eigen onderzoek aan de orde.

De algemene "doelstelling" luidde: Een concreet beeld te krijgen over het beloop van de door een patiëntenpopulatie in een huisartspraktijk gepresenteerde psychische morbiditeit. Op grond van een driedelige vraagstelling kon deze doelstelling gerealiseerd worden, waarbij iedere vraagstelling door middel van een afzonderlijk deelonderzoek werd beantwoord.

9.4. Bij de opzet van het onderzoek werd aan de hand van de drie algemene "vraagstellingen" de volgende indeling van de drie deelonderzoeken aangehouden.

1. Welke is de omvang en de aard van de verschijningsvormen van de gepresenteerde psychische morbiditeit in een huisartspraktijk? In het descriptieve inventariserende transversale onderzoek (hoofdstuk 5) kon hiervan een beeld worden vastgelegd.
2. De vraag welk aandeel van de totale werkbelasting van de huisarts voor rekening van deze gepresenteerde psychische morbiditeit komt, kon door middel van een arbeidsanalyse (hoofdstuk 6) worden vastgesteld.
3. De belangrijkste vraagstelling had betrekking op het beloop van de gepresenteerde psychische morbiditeit. Twee aspecten kwamen hierbij aan de orde, namelijk:
 - a. Hoe ziet het beloop er uit en in welke mate hangen een aantal patiëntkenmerken hiermee samen?
 - b. Welke is de predictieve betekenis van enkele aanvangs-patiëntkenmerken ten aanzien van het beloop van psychisch dysfunctioneren?

In een longitudinaal explorerend onderzoek konden deze aspecten bij een gedeelte van de onderzoekpopulatie worden geanalyseerd (hoofdstuk 7).

Op grond van het selectiecriterium (de presentatie van psychische stoornissen en/of vermoedelijk functionele klachten gedurende de jaren 1969 en 1970) werd uit de praktijkpopulatie "at risk" (14 jaar en ouder, par. 4.30) de patiëntenpopulatie I samengesteld, die in het transversale onderzoek werden opgenomen (par. 4.31). De patiënten die vijf jaar konden worden vervolgd, vormden de patiëntenpopulatie II (par. 4.32) waarop het longitudinale onderzoek is gebaseerd.

Bij de opzet van dit onderzoek werd bijzondere aandacht besteed aan het subjectieve element van de "case finding", de door deze huisarts gehanteerde criteria waarop de patiënt in het onderzoek werd opgenomen. Daarom werd uitvoerig ingegaan op de classificatie problematiek van de uitingvormen van psychisch dysfunctioneren, de psychische stoornissen en functionele klachten, in het vervolg aangeduid als psychische morbiditeit. Op grond van een literatuuronderzoek (par. 4.5) werd gekozen voor een syndromale diagnosecategorïe-indeling, uitgaande van de I.C.D.-8 diagnosecategorïeën 305 (functionele stoornissen) en 306 (bijzondere symptomen), aangevuld met de CHAM-indeling ter rubricering van de psychiatrische toestandsbeelden. Hiermee werd beoogd om het subjectieve element bij de beoordeling van de casus te beperken door het direct door de patiënt gepresenteerde "toestandsbeeld" te rubriceren en de patiënt niet in een nosologische rubriek in te delen.

Om aan de in de literatuur vaak geuite kritiek over het ontbreken van duidelijk omschreven criteria bij de selectieprocedure tegemoet te komen werd op de begripsomschrijving van de gehanteerde syndromale diagnosecategorïën in par. 2.3 uitvoerig ingegaan. In par. 4.8 werd de indeling beschreven. In dit onderzoek werd nog van twee andere meetinstrumenten gebruik gemaakt, namelijk de Amsterdamse Biografische Vragenlijst van WILDE om enkele persoonlijkheidskenmerken te meten en een door SMITS (NUHI) samengestelde schaal voor de schatting van de arts-patiënt relatie zoals deze door de huisarts werd beleefd.

- 9.5. Om een indruk te krijgen van de aard en de omvang van de in een huisartspraktijkpopulatie voorkomende psychische morbiditeit werd een onderzoek verricht naar de minstens "eenmaal" gedurende 2 jaar gepresenteerde psychische stoornissen door een patiëntenpopulatie "at risk" van 14 jaar en ouder (N = 3241), (Hoofdstuk 5). Met dit transversale onderzoek werd tevens een beeld van de werking van het 2e filter verkregen, namelijk de herkenning door deze huisarts van psychische morbiditeit (niveau III van psychische morbiditeit) uit de totale door deze praktijkpopulatie van 14 jaar en ouder gepresenteerde morbiditeit (niveau II). Dit betrof dus de nieuwe gevallen, die 3/4 gedeelte van de in totaal gerubriceerde gevallen uitmaken. De resterende 1/4 oude gevallen waren reeds voor de selectieperiode als zodanig herkend.

Globaal werd in deze 2 jaar bij 37% van deze populatie "at risk" (bij tweemaal zoveel vrouwen als mannen) minstens één periode van psychisch dysfunctioneren vastgesteld. Door 8% van de populatie "at risk" werden psychiatrische toestandsbeelden gepresenteerd. Iets meer dan de helft daarvan betrof depressief gedrag (4,8%) met voor vrouwen een viermaal zo hoog percentage als voor mannen. Hierbij stond het angstig-geagiteerd depressief syndroom op de voorgrond met merendeels nieuwe gevallen, zodat van een acuut optredend syndroom kan worden gesproken.

Begrijpelijkerwijze ging de grootste aandacht in dit onderzoek uit naar de lichte psychische decompensatietoestanden. In de psychiatrische literatuur wordt vooral op de betekenis van het "hyperaesthetisch-emotioneel syndroom" gewezen. In dit onderzoek bleek dit syndroom met de spanningstoestanden (nervositas) bij 13% van de patiëntenpopulatie "at risk" te zijn herkend, vooral in de leeftijdscategorïën 30 tot 50 jaar. Hiertoe werd ook het "neurastheen syndroom" gerekend, dat het meest bij vrouwen werd aangetroffen. Van even grote importantie voor de huisartsgeneeskunde is de presentatie van "functionele klachten". Door 16% van de onderzochte populatie werd minstens eenmaal nerveus-functionele klachten gepresenteerd met een gelijke verdeling over de geslachten. In de leeftijdscategorïën 14-40 jaar scoorden de mannen wat hoger dan de vrouwen. In dit onderzoek traden het "gastro-intestinale syndroom" en de "presentatie van een scala van functionele klachten" op de voorgrond. Leeftijdsgebonden bleken vooral op de tractus locomotorius gerichte functionele syndromen en het cardiovasculaire syndroom met respectievelijk pieken tussen de 25-49 jaar en 40-49 jaar.

Het hier geschetste beeld komt in grote lijnen overeen met de literatuurgegevens en bevestigt de betekenis van het hyperaesthetisch-emotionele en neurasthene syndroom in de huisarts-praktijk. De gevonden percentages patiënten met functionele klachten stemmen overeen met de verwachtingen. Vooral de patiëntenpopulatie behorende tot de middelbare leeftijd vormt een bedreigde groep ten aanzien van de mogelijkheid om psychisch te decompenseren.

- 9.6. Om de arbeidsbelasting die de behandeling van deze psychische morbiditeit op de huisarts legt in kaart te brengen werd deze vergeleken met de omvang van de hulpverlening voor de totale gepresenteerde morbiditeit (hoofdstuk 6). Twee epidemiologische grootheden, het verrichtingscijfer en het gemiddelde aantal verrichtingen per 1000 patiënten per werkdag werden in deze "arbeidsanalyse" betrokken.

Voor het totale praktijkbestand werd een "verrichtingscijfer" van 2,6 over de jaren 1969 en 1970 berekend. Voor vrouwen lag dit cijfer beduidend hoger dan voor mannen, ongeacht de verzekeringsvorm. In de literatuur wordt een spreiding van 2,6-4,5 aangegeven.

Het uit de literatuur bekende gegeven dat het totale aantal verrichtingen bij toenemende praktijkgrootte niet naar verhouding stijgt kon worden bevestigd. Dit gold ook voor de vaak vermelde bevinding dat het verrichtingscijfer bij volwassenen hoger ligt bij ziekenfondsverzekerden dan bij particulierverzekerden, zonder noemenswaardig verschil tussen mannen en vrouwen. Bij jongeren deed zich dit verschijnsel niet voor. Gemiddeld werden voor beide verzekeringsvormen 2,7 maal zoveel spreekuurconsulten als huisbezoeken genoteerd. Ten aanzien van de "seizoenen" kon voor volwassenen en jeugd geen verschil in contactfrequentie worden aangetoond.

Een analyse van de verrichtingen "buiten de normale werktijden" (avond- en nachtcontacten) gaf een opmerkelijk laag aantal in deze praktijk te zien voor zowel het totale aantal verrichtingen (gemiddeld 1,5% in twee jaar) als voor die ten behoeve van de psychosociale hulpverlening. Dit gold eveneens voor de weekendverrichtingen. De literatuurgegevens over de irregulaire werkbelasting zijn zo spaarzaam en uiteenlopend, dat een vergelijking niet mogelijk was.

De doelstelling van dit deelonderzoek was vooral gericht op de beschrijving van het aandeel van de presentatie van uitingsvormen van psychisch dysfunctioneren in de totale hulpverlening. Uit de analyse bleek het deel, besteed aan de psychische morbiditeit gemiddeld over twee jaar 31,5% te bedragen. Over deze verhouding in werkbelasting tussen de gepresenteerde psychische en somatische morbiditeit konden geen literatuurgegevens worden verkregen.

9.7. Het longitudinale onderzoek werd opgezet om een beeld van het "beloop" van de gepresenteerde psychische morbiditeit te verkrijgen en van de "hersteltendens" van bepaalde categorieën patiënten. Verder interesseerde ons de vraag in hoeverre aan bepaalde patiëntkenmerken een predictieve betekenis ten aanzien van het beloop kan worden toegekend. Van de patiëntenpopulatie uit het transversale deelonderzoek (N = 1200) konden 300 mannen en 490 vrouwen gedurende vijf jaar worden vervolgd, waarbij een selectieve uitval niet kon worden aangetoond.

Er werden drie "patiëntkenmerken" in het onderzoek betrokken die in het dagelijkse werk van de huisarts gemakkelijk te hanteren zijn, namelijk:

1. de psychosociale voorgeschiedenis (het voor opname in het onderzoek reeds doorgemaakt hebben van psychische decompensatietoestanden);
2. het gepresenteerde klachtenpatroon dat als syndromale ingangsdiagnose werd gerubriceerd;
3. de leeftijd (die in vier leeftijdsgroepen werd ingedeeld).

Om het beloop en de hersteltendens in beeld te kunnen brengen werden de gerubriceerde gemiddelde aantallen arts-patiënt contacten op het spreekuur, gedifferentieerd naar de presentatie van psychische of somatische klachten, per half jaar vastgelegd. De contacten in verband met de presentatie van psychische en functionele stoornissen werden nog eens onderscheiden in korte en langer durende (meer dan 10 minuten). Met deze variabelen kon een analyse worden verricht die de volgende bevindingen opleverde.

De hersteltendens liet een wat ongunstiger beeld zien dan algemeen in de literatuur wordt vermeld. Bij deze patiëntenpopulatie was 1/5 gedeelte binnen 1 jaar hersteld en 1/3 gedeelte binnen twee jaar. In het laatste half jaar van het onderzoek deed nog 2/5 gedeelte van de geselecteerde patiëntenpopulatie een beroep op deze huisarts in verband met psychisch dysfunctioneren. In de literatuur wordt vaak de prognoseregul van Fry aangehaald, die aangeeft, dat na 3-5 jaar 1/3 is hersteld, 1/3 verbeterd of een remitterend beloop te zien geeft en 1/3 gedeelte tot chroniciteit neigt. De Nederlandse auteurs vermelden een veel gunstiger beloop, doch opgemerkt dient te worden, dat in het onderhavige onderzoek geen differentiatie naar de ernst van de psychische toestand werd uitgewerkt. Indien men de bovengenoemde patiëntkenmerken in de beoordeling betreft kan men twee groepen psychisch dysfunctionerende patiënten onderscheiden:

1. de categorie patiënten die nieuwe gevallen presenteren en geen psychosociale voorgeschiedenis hebben, met als uitingsvorm van psychische decompensatie de psychosyndromen nervositas of het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom. Deze hebben de beste prognose.
2. Een categorie patiënten die bij het begin van de selectieperiode reeds in behandeling zijn (de bekende gevallen), die tevens een psychosociale voorgeschiedenis hebben en die functionele syndromen of "een scala van functionele klachten" presenteren. Deze hebben een veel slechtere prognose. Dit worden vaak de "chronisch klagende patiënten".

Ten aanzien van het "hulpverleningsbeleid" bleek, dat 1/3 gedeelte van de onderzoekpopulatie een of meermalen gedurende 5 jaar praktisch uitsluitend naar somatisch geïoriënteerde specialisten werd verwezen en bij uitzondering naar een psychosociaal geïoriënteerde instantie. Het was opvallend, dat slechts 5% van deze patiëntenpopulatie per tijdsperiode bij een psychosociaal geïoriënteerde specialist in behandeling was en dat de huisarts praktisch de gehele hulpverlening zelf opving. Een nadere analyse van de verwijzing wees uit, dat 1/3 van de verwijzingen naar de somatisch geïoriënteerde specialist functionele klachten betrof, ter geruststelling van de huisarts (verifiëring diagnose) of van de patiënt (paradoxe verwijzing). Uit de analyse van de gemiddelde aantallen arts-patiënt contacten bleek, dat voornamelijk "korte" contacten verschillend werden gehanteerd, beoordeeld vanuit de drie patiëntkenmerken. De verdeling van de "langdurende" contacten gaf geen aanwijzing voor een speciale benadering van een van deze categorieën. Er werden driemaal meer korte dan langdurende contacten gerubriceerd.

Met hulpverlening en verwijzing hangt het verschijnsel van de "symptoom- en syndroomverschuiving" samen. In dit onderzoek bleek bij een groot percentage van de patiëntenpopulatie gedurende de evaluatieperiode een verschuiving van het klachtenpatroon op te treden met slechts graduele onderlinge verschillen tussen de zes bij de aanvang van het onderzoek gepresenteerde syndromale diagnosecategorieën. Interessant is de kleine verschuiving van de diagnosecategorie "presentatie van een scala van functionele klachten" naar de "depressie". Dit vormt mogelijk een aanwijzing voor het voorkomen van "gemaskeerde depressies" in deze patiëntenpopulatie.

De "depressieproblematiek" blijft in de huisartsgeneeskundige literatuur actueel en voortdurend wordt er op gewezen, dat de depressie de meest miskende aandoening in de huisartspraktijk zou zijn, waarbij de "gemaskeerde depressie" het meest in de belangstelling staat. Van de totale praktijkpopulatie "at risk" werd bij 4,8% van de patiëntenpopulatie minstens eenmaal in twee jaar tijds een depressieve periode herkend. Dit is de helft van het totale percentage psychiatrische toestandsbeelden, doch slechts globaal 1/8 gedeelte van de totaal gediagnosticeerde psychische morbiditeit. De in de literatuur vermelde hoge frequentie kon in dit onderzoek niet worden bevestigd, ondanks de bijzondere belangstelling van deze onderzoeker voor de mogelijk gepresenteerde depressiesymptomatologie en de bevindingen bij de syndroomverschuiving. Wel komen de frequentieverdelingen over geslacht en leeftijdsgroepen overeen met de literatuurgegevens, hetgeen ook geldt voor de slechte hersteltendens (40% in het 5e jaar niet hersteld). Tevens bleek, dat de patiënten met een "depressie" of een "scala van functionele klachten" de hoogste arts-patiënt contactfrequentie scoorden.

Van betekenis bij de hulpverlening aan de psychisch dysfunctionerende patiënt is ook de "arts-patiënt relatie". Zowel in de literatuurverkenning als in dit onderzoek werd hieraan bijzondere aandacht besteed. Door middel van een beoordelingslijst van de arts-patiënt relatie kon een beoordeling van de eigen gevoelens van deze huisarts met betrekking tot de patiënt worden vastgelegd. Het percentage positieve beoordelingen van deze relatie door deze huisarts in het midden van het onderzoek bedroeg 71. Een minder gunstige beoordeling van deze relatie werd bij de categorie patiënten met een "scala van functionele klachten" het frequentst aangetroffen. Ook bij deze huisarts leek dus een duidelijke afweer ten aanzien van deze categorie patiënten te bestaan.

- 9.8. Bij de "beschouwing" werd nader ingegaan op het subjectieve karakter van dit onderzoek. De hiermee samenhangende problemen werden in het kort besproken. Daar bij de selectie van de patiëntenpopulatie de beoordeling van het gepresenteerde toestandsbeeld en van de patiënt in zijn levenssituatie steeds door dezelfde huisarts werd verricht kan een zekere consistentie worden aangenomen. Dit houdt echter niet in, dat de bevindingen zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden.

Voorzover de bevindingen uit dit onderzoek met gegevens uit de literatuurstudie vergeleken konden worden, werd een grote mate van overeenkomst vastgesteld.

De praktische betekenis van deze bevindingen voor de huisarts-geneeskunde kan als volgt in het kort worden samengevat.

De voorspellende betekenis van de patiëntkenmerken "wel of geen psychosociale voorgeschiedenis" en "het gepresenteerde toestandsbeeld bij de aanvang van de psychische decompensatietoestand" bieden de huisarts een mogelijkheid om in een vroeger stadium zijn prognose te stellen en zijn hulpverlening daarop af te stemmen. Vooral het reeds doorgemaakt hebben van psychische decompensatietoestanden en het presenteren van functionele syndromen, met name "een scala van functionele klachten" is bijzonder ongunstig ten aanzien van de herstelkans.

De vaststelling, dat van de totale gepresenteerde morbiditeit door de populatie "at risk" 1/3 gedeelte psychische morbiditeit betrof en dat bij 2/3 gedeelte van de geselecteerde patiëntenpopulatie een zeer lange periode (2 tot 5 jaar of meer) van psychisch dysfunctioneren werd gevonden, alsmede de bevinding, dat deze huisarts voor het overgrote gedeelte de begeleiding van deze patiënten zelf opving, wijst op een groot aandeel van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg.

Summary.

- 9.1. With a view to demarcating the GP's role in health care, a theoretical model of five levels of psychic and psychiatric morbidity is elaborated in the i n t r o d u c t i o n ; it is represented schematically in Table I-1.

Of the total morbidity presented in primary care, the GP recognizes a portion as psychic morbidity. It then depends in part in his decision-taking whether the patient will adopt the sickness attitude. At this stage, two filters have been passed, in which the patient's sickness behaviour and the GP's decision behaviour occupy central positions.

This brings us to two questions that helped inspire this study, viz.:

- a. How does the GP manage this category of patients whom he supposes to present mental illness and functional disorders?
- b. What may he expect of his efforts with these patients in regard to improvement or normalization of their psychic functioning?

These questions, arisen from everyday practice prompt the formulation of the general p u r p o s e of this study, viz.:

To form an accurate picture of the evolution of the morbidity in a patient population selected from a general practice as presenting mental illness and nervous-functional disorders. A number of factors are taken into account that may influence, or be associated with, this evolution.

To gain some insight into the extent and nature of this psychic morbidity in the population in general and in patient populations as well as into the frequently controversial views of these matters in psychiatry and general medicine, a preliminary survey of the literature appeared indicated to reconnoitre the area of investigation. The problems attending the GP's first contact with the mentally decompensated patient also come under review. This 'orientation part' is divided into two chapters. In the 'first' chapter, attempts are made:

1. to define the terms used in this study;
2. to collect morbidity data for comparison of personal findings with those in the literature;
3. to form a general picture of the presentation of psychic morbidity to be expected in a general practice, and of its evolution.

The 'second' chapter analyses the filter action, in which the process of doctor-patient interaction is of vital importance.

- 9.2. This survey of the literature left the disappointing general impression that nearly all studies in general practice vary so widely in protocol, execution and findings that it is practically impossible to arrive at a differentiated picture of the psychic morbidity presented.

Possibilities of comparison were greatly limited by the broad range of variation of the data published, the frequent failure to define the epidemiological parameters used, and the prevailing terminological confusion. For this reason, par. 2.300 contains a detailed discussion of the definitions of the psychic disorders and syndromes to be assessed in this study, and of the terminology used. The pronounced differences in findings obtained are closely associated with the phenomenon of 'inter-doctor variation' typical of the interpretation of complaints presented in which psychosocial problems play a part. This has been demonstrated by many authors, in regard not only to mental but also to somatic disorders.

In order to be able to envisage the total volume of psychic morbidity, it is necessary to review the literature on 'hidden morbidity' (par. 2.1.). One of the most striking findings this yields is the proportion of truly 'experienced' feelings of dejection that is presented to the GP. At an estimate, this amounts to only 20%, the 'tip of the iceberg', as against 80% hidden morbidity. This brings us to the aspects of the 'premedical phase', aspects that concern the action of the first filter, i.e. the process that has to be gone through between the first awareness of the sensations of dejection and tension, and recognition of the symptoms and their being reported to the physician. Phenomena such as deferment behaviour, threshold fear, the (dis)inclination to complain and pass-it-on patterns in the family determine whether or not this filter will be passed and consequently, the amount of morbidity that will remain hidden. Another aspect of the hidden morbidity is that of the 'latent' mental disorders, those not recognized as such by the GP, so that the patient does not pass the second filter and either remains untreated or enters the somatic circuit. The negative emotional value attached to these disorders, by the patient, by his environment and by the GP plays a key part in these processes.

Publications concerning 'population screening' for psychic morbidity (par. 2.2.) clearly reveal the influence of the subculture on sickness behaviour and the course of illness. Increasingly, the (general) practitioner is confronted with the transcultural aspects of the presentation of complaints, especially in the case of psychically dysfunctional patients of foreign origin. It is estimated that the total psychic morbidity among the population amounts to approximately 175-250 per 1000 persons per year and that of these, 150-200 persons per 1000 present psychic disorders to the GP (thereby passing the first filter).

Since the presentation of 'functional disorders and syndromes' constitutes an important part of this study, its features are discussed in detail (par. 2.300). In this connection it is emphasized that the distinction between functional and psychic disorders is no more than an attempt to establish some order in the types of manifestation of the psychic morbidity presented. The main aspect of the functional complaint or disorder is its communication function.

Many characteristics derive from this, the principal ones being the vagueness of the complaint and the symptom/syndrome shift. An essential factor in dealing with patients with functional and psychic complaints is their denial of problems connected with their complaints, and their rejection of explanatory, clarifying therapy. The 'somatization process' is also bound up with this. In this way it is made impossible to penetrate to the actual complex of problems that has caused or precipitated the psychic dysfunctioning. Some of the many factors that may be involved are discussed, such as the personality features, the quality of the doctor-patient communication, the coping with disorders of health, sickness behaviour and complaining behaviour and the inclination to somatization. Other cardinal factors in this whole somatization process are family interactions, pass-it-on patterns among members of the family and other relatives, and the problem-solving capacity, which is also determined by the family. Involvement in social structures, also, may exert a positive influence on occurrence of somatic fixation. The numerous data now available clearly show that the predisposition to somatization, and the activation and perpetuation of the somatization process are deeply rooted in the family. The exponent of the somatization process is the 'chronically complaining patient', in whose case a specific relationship between the complainer and the doctor (or social worker) is postulated. Such patients avoid conflicts and place the responsibility for the entire situation on the other party, the doctor, the social worker, or one of the central figures. The behaviour of chronic complaining may be regarded as the end-product of somatic fixation.

Some of the principal functional syndromes are the gastrointestinal, the cervico-dorsal and the hyperventilation syndrome, while of the psychic syndromes, the hyperaesthetic-emotional syndrome, the neurasthenic syndrome and nervousness should be mentioned. The characteristics of these syndromes are described, and attention is also given to states of psychic decompensation due to coping with stress, and to the relationship between the manifestation forms and the etiologies of these states.

In the context of this study we were particularly interested in the 'frequency' and the 'evolution' of the various categories of psychic and functional disorders and syndromes, often called 'psychoneurosis' (Category 135 of the E-list). Taking into account the above-named limitations on comparative study, the prevalence of this category of disorders may be calculated as 50-100 per 1000 patients per year.

A male:female ratio of 1:2 is fairly generally accepted. As regards the 'age groups', the peak frequency of new cases is reported as occurring, on the average, between 25 and 45 years, and that of known (chronic) cases between 45 and 65 years. Of more interest to the GP are the data obtained concerning the 'course' of these disorders. It is generally accepted that of the newly presenting cases (seen for the first time or after a protracted symptom-free period), within 6 to 12 months one-third will have recovered, one-third will have improved or display a remittent course and one-third will have become chronic.

It should be realized that this does not hold true of psychic and functional disorders due to states of acute stress in patients with usually good psychic functioning and a normally developed personality. These recover faster, and in a larger proportion. On the whole, functional syndromes run a more unfavourable course than psychic syndromes. The 'psychiatric syndromes', except neurosis and depression, account for only a very small fraction of the presenting psychic morbidity, roughly 5-8/100 persons at risk (practice population). The course and the frequency distribution over the age groups depend greatly on the type of psychic disintegration involved. Of greater importance to the GP are the 'depressive syndromes' and this fact is reflected in publications issuing from general medicine (par. 2.313). Mention is made of the value of nosological as well as syndromal typification, and of the distinction between personal and vital depressions (par. 2.313). Depressed conduct due to endogenous factors with vital features runs its own specific course. Of interest to the practitioner is the fact that these forms of depression last longer than is generally assumed. To a certain extent, this also holds true of the reactive (personal) depressions. In addition, the review of the literature clearly reveals that depressions are among the most often misjudged states of psychic decompensation and are often concealed by functional complaints and syndromes. It is especially the 'chronically complaining behaviour' that may indicate a 'masked depression'. In the management of depressed patients the signals they emit should constantly be monitored to check their suicidal tendencies (par. 2.410).

'Neurotic behaviour' constitutes such a vast complex of problems that of its types of manifestation (par. 2.312) and frequency (par. 2.411) only the aspects relevant to the GP are discussed. As regards the course (par. 2.402), two groups of neurotic patients with predictable courses can be distinguished, viz. those who show improvement after one year and have recovered after two years, and those not changed after one year and still not improved after two. In the latter, a chronic course is to be expected. Interestingly, spontaneous cure may occur in six to twelve months, but the average duration is 18 months. Often, the prognosis can be established after one year. The frequency distribution is to be found in Table 2-III.

The effect of the family on the sickness behaviour merits our special attention, because the patient with psychic dysfunctioning, in particular, should be sympathetically coped with by his family if this is at all possible (par. 3.2). Family interactions and pass-it-on patterns to a large degree determine the occurrence and evolution of neurotic disorders in children. Therefore it is important that at-risk families and abnormal family interactions should be recognized. Neurosis is rightly called a disease of the family.

- 9.3. Any attempt to describe certain aspects of the problems involved in the case of the psychically dysfunctional patient immediately introduces the highly controversial topic: mentally normal vs. mentally disturbed.

This question is discussed with reference to a number of definitions of the antitheses 'normal-abnormal', 'adjusted-maladjusted' and 'undisturbed-disturbed'. From the GP's point of view, it is mostly the psychic disorders of the healthy subject that are relevant. Their differentiation from psychopathology, and especially from neurosis (a concept so inflated that it crops up whenever a life event is difficult to cope with) is discussed. In general practice it is advisable to apply Rümke's criteria: for the assessment of the patient he regarded as essential the duration and persistence of the symptoms, the reaction of the personality as a whole and the (in)capacity to cope adequately with the conflict. Every GP is confronted daily with that form of man's inadequacy in psychic and social conduct and functioning that is labelled 'psycho-social dysfunction'. The physician should guard against interpreting the associated dissatisfaction with life as a psychic disorder, since this may encourage the psychoneurotic habit of seeking medical aid that on the analogy of 'hospitalism' may be called 'medicalism'. This emphasizes the importance of psychosocial diagnostics in this category of disorders (par. 3.1). The manner of presenting the complaints, and their vagueness (which irritates both the doctor and the patient's environment) evoke antagonism, with the inherent danger of blind spots developing. Fortunately, the time factor and the GP's familiarity with background information favour the diagnostics in general medicine over that in specialist disciplines. The doctor's dilemma in psycho-social diagnostics hinges on his fear of overlooking a serious somatic affection, with the attendant feelings of guilt. Of the total psychic morbidity presented to the GP, he only refers some 10% to psychosocially oriented disciplines; in other words, the GP takes this category almost wholly under his own care.

This third chapter, in which the many aspects of the contact between the GP and the psychically dysfunctional patient are considered, concludes with an analysis of a number of publications on the subject of 'doctor-patient interactions'. Judging from role and expectation patterns, we have to postulate a discrepancy between what the patient expects from the doctor and what the doctor has to offer, a discrepancy resulting in a permanent tension in the doctor-patient relationship of which many doctors are unaware. This mechanism, and the degree of congruence of the doctor's and the patient's expectation patterns will also strongly influence the composition of the GP's practice and thus, indirectly, the composition of the study population. The main psychodynamic aspects of the doctor-patient relationship are concisely discussed because they may provide valuable danger signals of an imminent disruption of this relationship. After all, it is the psychodynamic processes in the interaction between doctor and patient that determine the positive and negative transference between the parties, conditional upon character structure and childhood experiences. All these aspects have a bearing on the important phenomenon of the frequently marked 'inter-doctor variation' which many authors have observed.

The present study has the advantage that it has been carried out by one single GP, justifying the assumption of some degree of consistency in the assessment of the complaints presented and in the syndromal diagnoses based thereon.

The general medical literature mostly describes psychic disorders presented by healthy subjects and the manifestation forms of conditions of psychic decompensation due to states of acute or chronic anxiety of persons whose usual psychic functioning is fair to normal. This category of patients is dealt with almost entirely in the primary care sector. The large share which functional disorders and syndromes take up among the total psychic morbidity presented has left its distinct mark on the recently published literature. The strongest impulse to study and publish the description, management and prevention of the somatization processes initially originated from the General Practice Institutes of the Universities of Amsterdam and Nijmegen. These studies are clearly focused on everyday practice, and in this respect differ from publications by psychiatrists, which are mainly concerned with the explanation of the underlying psychodynamic mechanisms. This review of the literature gives a picture of the evolution of the way in which the GPs handle the psychic morbidity presented. The flow of publications started around 1960. The earliest ones came from, or were written in cooperation with the psychiatrically and psychosocially oriented disciplines, but since the seventies they have originated almost all from general medicine, although with contributions by psychologists and sociologists.

After this bird's-eye view of the published findings in regard to the incidence, course and nature of the psychic disorders to be expected in general practice, the personal investigation will be considered. The general 'objective' was: to form an accurate picture of the evolution of the psychic morbidity presented by a patient population in a general practice. This objective could be achieved by arranging it into three questions and carrying out three sub-studies to find the answers to them.

9.4. In planning the study, with the above-named three questions in mind, the three sub-studies were formulated as follows:

1. What are the extent and nature of the manifestation forms of the psychic morbidity presented in a general practice? The descriptive transverse inventory study (Chapter 5) yielded relevant information.
2. What part of the GP's total workload is accounted for by this presented psychic morbidity? This could be established by a job analysis (Chapter 6).
3. The most important question concerned the evolution of the psychic morbidity presented. In this respect, two aspects had to be considered, viz.:
 - a. the nature of the evolution, and the degree of its correlation with certain characteristics of the patients;
 - b. the predictive value of certain initial characteristics of patients in regard to the course of the psychic dysfunctioning.

In a longitudinal exploratory study these aspects could be analysed in a part of the patient population (Chapter 7).

From among the 'at risk' population of the practice (14 years and over, par. 4.30) patient population I was selected on the basis of the selection criterion (presentation of psychic disorders and/or probably functional complaints during the years 1969 and 1970). These constituted the material for the transverse study (par. 4.31). The patients who could be followed up for five years constituted patient population II (par. 4.32) on which the longitudinal study is based.

In planning this investigation, special attention was given to the subjective element of the case-finding, the criteria on which this GP based his decision to include the patient in the study. Accordingly, a detailed discussion is presented of the difficulties of classifying the manifestation forms of psychic dysfunctioning, the psychic disorders and functional complaints, subsequently referred to as psychic morbidity. On the basis of a study of the literature (par. 4.5) the classification chosen was that of the s y n d r o m a l diagnostic categories, based on the I.C.D.-8, and supplemented with the CHAM system for classification of (momentary) psychiatric symptom complexes. The rationale was to limit the subjective element in the assessment of the case, by classifying the symptom complex presented by the patient rather than by placing the patient in a nosological category. The lack of clearly formulated criteria in the selection procedure has often been criticized in the literature. To meet this criticism, par. 2.3. contains a detailed discussion of the definitions of the syndromal diagnostic categories adopted. The classification is described in par. 4.8. In this study, use was also made of two other evaluation instruments, viz. Wilde's Amsterdam Biographic Questionnaire, for evaluation of a number of personality characteristics, and a scale drawn up by Smits (General Practice Institute, University of Nijmegen) for assessment of the doctor-patient relationship as experienced by the GP.

- 9.5. In order to gain an impression of the nature and the volume of the psychic morbidity occurring in a general practice population, a study was made of the psychic disorders presented at least 'once' in a two-year period by a patient population 'at risk' aged 14 years and older (N = 3241) (Chapter 5). This transverse study also yielded some information concerning the action of the second filter, i.e. recognition by this GP of psychic morbidity (level III of psychic morbidity) out of the total morbidity presented by this practice population aged 14 years and older (level II). The cases in question, therefore, were the new cases, which account for three-quarters of the total number of cases classified. The remaining one-quarter were older cases, recognized as such prior to the selection period.

In all, in these two years, at least one period of psychic dysfunctioning was observed in 37% of this 'at risk' population (male:female ratio 1:2). Psychiatric symptom complexes were presented by 8% of the 'at risk' population. Slightly over one-half of these presented depressed behaviour; in this sub-group there were four times as many women as men. The most frequently observed form was the anxious-agitated depression syndrome, and most of these patients were new cases, so that this may be called a syndrome with an acute onset.

Understandably, this study was largely focused on the states of mild psychic decompensation. The psychiatric literature pays special attention to the 'hyperaesthetic-emotional syndrome'. In this study, it was found that this syndrome, with the states of tension (nervousness) was recognized in 13% of the patient population 'at risk', especially in the age group of 30 to 50 years. Included in this category was the 'neurasthenic syndrome', encountered more often in women. Of equal importance to general medicine is the presentation of 'functional complaints'. Of the population examined, 16% presented nervous-functional complaints at least once, with equal frequencies in both sexes. In the age groups between 14 and 40 years, men scored slightly higher than women. In this study, the 'gastrointestinal syndrome' and the 'presentation of a range of functional complaints' predominated. Two syndromes were particularly age-linked: the functional syndromes involving the digestive tract, and the cardiovascular syndrome, with peaks between 25 and 49 years and between 40 and 49 years, respectively.

The findings outlined above are in reasonable agreement with data in the literature, and confirm the importance of the hyperaesthetic-emotional and neurasthenic syndromes in general practice. The observed percentages of patients with functional disorders match the expectations. It is especially the patient population of middle age that constitutes an 'at risk' group where the possibility of psychic decompensation developing is concerned.

- 9.6. To determine how much the treatment of this psychic morbidity adds to the GP's workload, the amount of these activities was compared with the amount of activities for the total morbidity presented (Chapter 6). In this 'job analysis', two epidemiological parameters were used: the total annual number of consultations, and the mean number of consultations per 1000 patients per working-day.

For the practice as a whole it was calculated that in 1969 and in 1970, the patients saw the doctor 2.6 times on the average. For women this figure was considerably higher than for men, regardless of their form of insurance. Figures in the literature vary from 2.6 to 4.5.

The observation described in the literature that as a practice grows, the total number of consultations does not rise proportionally could be confirmed.

Also confirmed was the frequently mentioned finding that of adults, 'sick-fund' (comparable to the British NHS) patients consult their doctor more often than those insured privately, without any difference of significance between men and women. This did not hold true of younger subjects. On the average, with either form of insurance, the number of office consultations was 2.7 times that of home calls. Neither for adults nor for younger patients could any 'season-linked' variation in frequency of consultations be demonstrated.

An analysis of consultations 'outside normal working hours' (in the evening and at night) showed that there were remarkably few in number in this practice; this applied to the total number of consultations (average, 1.5% in two years) as well as to consultations for psycho-social care. The same held true of weekend consultations. Data in the literature on the irregular-hour consultations are so few and divergent that no comparison was possible.

The main purpose of this part of the study was to determine what proportion of the total workload was accounted for by the presentation of manifestation forms of psychic dysfunctioning. The analysis showed that over the two years, this proportion was 31.5% on the average. In the literature, no data on this division of the workload over presented psychic and somatic morbidity could be found.

- 9.7. The longitudinal study was organised to obtain some idea of the 'evolution' of the psychic morbidity presented and of the 'tendency to recover' of particular categories of patients. We were also interested in the question to what extent predictive importance in regard to the course should be attached to certain characteristics of patients. Out of the patient population included in the transverse part of the study (N = 1200), 300 men and 490 women could be followed up for five years; no selectivity in the dropping-out could be demonstrated.

In this study, three 'patient characteristics' were taken into account that can be easily established in the GP's daily work, viz.:

1. the psychosocial anamnesis (a history of states of psychic decompensation prior to inclusion in the study);
2. the presented complex of complaints on which the classification of the initial syndromal diagnosis was based;
3. the age (subdivided into four age groups).

In order that a picture of evolution and of the tendency to recover might be formed, the average numbers of office consultations were recorded for each six-month period, subdivided into consultations for presented psychic and presented somatic complaints. Consultations relating to the presentation of psychic and functional disorders were further subdivided into shorter and more prolonged (over 10 minutes) ones. Using these variables, an analysis could be made that yielded the following findings.

The tendency to recover was slightly more unfavourable than that generally reported in the literature. Of this patient population, one-fifth recovered within one year and one-third in two years. During the last six months of the study, two-fifths of the selected patient population still sought this GP's aid in connection with psychic dysfunctioning. The literature frequently quotes Fry's prognostic rule of thumb that after 3 to 5 years, one-third will have recovered, one-third will have improved or show a remittent course and one-third will tend to chronicity. Dutch authors report a much more favourable course, but it should be noted that the present study did not include any differentiation by severity of the mental condition. When the above-named patient characteristics are taken into account in the evaluation, two groups of psychically dysfunctional patients may be distinguished:

1. The category of patients who present new cases and who do not have a psychosocial anamneses, with as the manifestation forms of their psychic decompensation the psychosyndrome 'nervousness' or the 'hyperaesthetic-emotional syndrome'. These have the better prognosis.
2. The category of patients who are already being treated at the beginning of the selection period (the known cases), who in addition have a psychosocial anamnesis and who present functional syndromes or a 'range of functional complaints'. These often have a far more unfavourable prognosis. They often turn into 'chronically complaining patients'.

In regard to the policy of referring patients or dealing with them in person, it was found that one-third of the study population were referred once or several times in 5 years, almost exclusively to somatically oriented specialists and only sporadically to a psychosocially oriented consultant or institute. It was interesting to note that at any given time only 5% of this patient population were under treatment by a psychosocially oriented specialist, and that the GP provided almost all the care in person. A further analysis of the referrals showed that one-third of the referrals to somatically oriented specialists concerned functional complaints, to reassure the GP (verification of diagnosis) or the patient (paradoxical referral). The analysis of the mean numbers of doctor-patient contacts proved that it was mostly the 'brief' contacts that were handled differently, judged on the basis of the three patient characteristics. The analysis of the 'protracted' contacts yielded no indications of any special approach to one of these categories. Three times as many brief as protracted contacts were registered.

There exists a link between personal care and referring on the one hand, and the phenomenon of 'symptom and syndrome shifting' on the other. It was found in this study that in a large proportion of the patient population the pattern of complaints shifted during the evaluation period, with only differences in degree from any one of the six syndromal diagnostic categories presented at the outset of the study, to another.

Interestingly, there was only very little shift from the diagnostic category 'presentation of a range of functional complaints' to that of 'depression'. This may constitute an indication of the presence of 'masked depressions' in this patient population.

'Depression and its problems' is still a favorite topic in general medical literature. It is pointed out time and again that depression is the condition most often missed or misjudged in general practice; special attention is given in this respect to the 'masked depression'. A period of depression was recognized at least once in the two years in 4.8% of the total 'at-risk' population of the practice. This amounts to one-half of the total percentage of psychiatric symptom complexes, but to only approx. one-eight of the total psychic morbidity diagnosed. This study failed to confirm the high incidence reported in the literature, in spite of the investigator's special interest in possibly presented symptomatology of depression and the findings concerning syndrome shift. The personal findings were in good agreement with the literature, on the other hand, where age and sex distribution were concerned, and the low recovery rate (40% not recovered in the fifth year). In addition it was found that patients with a 'depression' or a 'range of functional complaints' scored highest on frequency of doctor-patient contact.

Also pertinent to the care of the psychically dysfunctional patient is the 'doctor-patient relationship'. It was given special attention in the survey of the literature as well as in the personal study. This GP's personal affects in relation to patients could be determined and recorded with the aid of a scale for the evaluation of the doctor-patient relationship. Halfway through the study, the proportion of positive assessments of this relationship by this GP was 71%. Less favourable assessments of this relationship were most frequent in the category of patients with a 'range of functional complaints'. In other words, this GP, also, appeared to experience a marked aversion to this category of patients.

- 9.8. The 'discussion' dwells in some detail on the subjective nature of this study, and more briefly on the problems this created. Since in the selection of the patient population, the symptom complexes presented, and the patients in their life situations were all assessed by the same GP, some degree of consistency may be postulated. This does not, however, imply that unlimited extrapolation would be justified.

To the extent the findings in this study could be compared with data from the literature reviewed, a high degree of accordance could be observed.

The practical importance of these findings for general practice medicine may be briefly summarized as follows.

The predictive value of the patient characteristics 'presence or absence of a psychosocial anamnesis' and 'the symptom complex presented at the onset of the state of psychic decompensation' enable the GP to make his prognosis at an earlier stage and to adjust his treatment and care to it. The probability of recovery is affected particularly adversely by a history of states of psychic decompensation and by the presentation of functional syndromes, especially a 'range of functional complaints'.

The observations, that of the total morbidity presented by the 'at-risk' population one-third consisted of psychic morbidity, and that in two-thirds of the patient population selected the psychic dysfunctioning lasted a very long time (2 to 5 years or even longer), together with the finding that the GP himself took care of the vast majority of these patients, emphasize the important part played by the general practitioner in mental health care.

- AAKSTER, C.W.: Een poging tot psychosociale diagnostiek. Huisarts en Wetenschap (1971); 14 : 396-302.
- AAKSTER, C.W.: Beschouwingen over aard en ontstaan van gezondheidsstoornissen. Ned. Tijdschr. Geneesk (1974^{II}); 118 : 194-99.
- AAKSTER, C.W.: Verslag van een medisch-sociologisch onderzoek naar de verbanden tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen. Ned. Tijdschr. Geneesk (1974^I); 118 : 199-03.
- AALDEREN, H.J. van, HOUT, W.P. van: De huisarts; zijn persoon en denken in het geneeskundige proces. Groningen: Wolters-Noordhoff (1971).
- AALDEREN, H.J. van: Arts en gespannen patiënten. Metametica (1975); 54 : 273-76.
- ABRAHAM, R.E.: Verklarende diagnostiek in de psychiatrie. Ned. Tijdschr. Geneesk (1978); 122 : 179-84 + 522 + 449.
- ABRAHAM, R.E., RAGGERS-VAN DER ZAAL, P.: Hysterie en andere psychiatrische diagnosen bij patiënten met een tumor cerebri. Ned. Tijdschr. Geneesk (1972); 116 : 2329-37.
- ABRAHAMSON, D.: Untreated psychiatric morbidity; a general practice study. Social Psychiatry (1969); 4 : 5-11.
- ACHTERHUIS, H.: De markt van welzijn en geluk. Baarn: Ambo (1980).
- ACKE, J.: De behandeling van chronisch alcoholisme door de huisarts. Belg. T. Geneesk. (1976); 32 : 1241-46.
- ADAM, W.L.: Cate RS Ten. De visite in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 488-91.
- ADELSTEIN, A.M., DOWNHAM, D.Y., STEIN, Z., SUSSER, M.W.: The epidemiology of mental illness in an english city. Social Psychiatry (1968); 3 : 47-49.
- AGOSTI-MAURER, E.: Psychisch Kranke in einer Allgemeinpraxis. Zürich; (1973). Diss.
- AGOSTI-MAURER, E., AGOSTI, F., ERNST, K.: Psychisch Kranke in einer Allgemeinpraxis; eine diagnostische, soziologische und therapeutische Studie. Schweiz med. Wschr. (1974); 104 : 322-25.
- AGTEREN, H. van: Gedragstherapie bij chronisch klaaggedrag. Symposion verslag. Wassenaar: Ursula Kliniek (1978).
- AMSTEL, R. van: Kent de huisarts zijn patiënten? Doctoraal scriptie sociologie. Amsterdam: (1978).
- ANSOMS, C.: Huisarts en depressie. Belgisch Tijdschr. Geneesk (1976); 32 : 931-35.
- ASHTON, J.R.: Psychiatry in primary care; psychiatric Epidemiology. Update (1977); 1147-53.
- AULBERS, B.J.M.: Een voorstel tot morbiditeitsregistratie voor huisartsen. Huisarts en Wetenschap (1967); 10 : 447-50.

AULBERS, B.J.M., WAARD, F. de: Praktijkanalytische gegevens uit een intermitterend morbiditeitsonderzoek. Huisarts en Wetenschap (1970); 13 : 171-77.

BAARS, H.M.J., ROMME, M.A.J.: De psychosociale anamnese. Med. Contact (1977); 1531.

BAGLEY, C.: Occupational class and symptoms of depression. Soc. Sci. & Med.; (1973); 7 : 327-40.

BAIN, D.J.G., BASSETT, W.J., HAINES, A.J.: Difficulties encountered in classifying illness in general practice. J. Roy. Coll. gen. Practit. (1973); 136 : 474-79.

BAKER, C.D.: Non-attenders in general practice. J. Roy. Coll. gen. Practit. (1976); 26 : 404-09.

BAKKER, C.: Lichamelijke klachten, emoties en conflicten. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 203.

BAKKER, J.B.: Diagnose en therapie. Psychiatrische aandoeningen. Leiden, Kooyker (1980).

BALINT, E.: A study of the doctor patient relationship using randomly selected cases. J. Roy. Coll. gen. Practit. (1967); 13 : 163-73.

BALINT, M.: The pyramid and the psychotherapeutic relationship. The Lancet (1961): 7211.

BALINT, M.: De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht, Het Spectrum (1965).

BALINT, M., BALINT, E., GOSLING, R., HILDEBRAND, P.: A study of doctors; mutual selection and the evaluation of results in a training programme for family doctors. London: Lippincott, (1966).

BASTIAANS, J.: Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet. Amsterdam; Noord-Hollandsche Uitg. Mij.; (1957) : 33-64 en 120-123. Diss.

BASTIAANS, J.: Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid. Ned. Tijdschr. Geneeskde (1974); 118 : 1173-78.

BASTIAANS, J.: Psychosomatiek en lage rugklachten. Ned. Tijdschr. Fysiotherapie (1980): 106-09.

BASTIDE, R.: Op de grens van sociologie en psychiatrie; samen mens zijn; bijdragen tot geestelijk gezond leven. Bussum: Brand (1971).

BAZELMANS, J.: Uitstelgedrag bij patiënten met (borst) kanker. Ned. T. Geneeskde (1975); 119 : 1193-99.

BAZUIN, H.J., MULDER, H.C.: Rustgevende middelen en hun gebruik in 1974 en 1979. Med. Contact (1980) : 1361-66.

BECK, A.T., RUSH, A.S., SHAW, B.F., EMERY, G.: Cognitive therapy of depression. Chichester; Wiley, (1980).

BECKING, P., VRIES DE-REGT, M.: Psychosociale problemen en de overgang. Med. Contact (1978); 281-83.

BECKING, W.J.M.: De huisarts, een schaap met vijf poten in de gezondheidszorg? Med. Contact (1979) : 1401-1404.

- BEEK, J.L.M. van der: De mystificerende rol van de WAO in de psychiatrie. *Metamedica* (1974); 53 : 68-73.
- BEEK, J.L.M. van der: De demystificatie van de WAO. *Med. Contact* (1977); 339-42.
- BERG, J.H. van den: Diepte-psychologie. Nijkerk, Callenbach, (1970II).
- BERG, J.H. van den: Kleine psychiatrie. Nijkerk, Callenbach, (1970I).
- BERG, J.H. van den: Over neurotiserende factoren. Callenbach, (1966).
- BERGSMAN, J.J.: Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk. Nijmegen, Dekker en van de Vegt, (1966).
- BERKOW, R., MUSAPH, H., SPEJER, N.: Depressie, gemaskeerd of niet herkend? *Patient Care* (1974): 12-26.
- BEUNDERMAN, R.: "Patient delay" en het herkennen van hartinfarctverschijnselen. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* (1976); 120 : 374-78.
- BICKFORD, J.A.R.: Schizophrenia. *The Practitioner* (1973); 210: 30-37.
- BIEMOND, A.: Hoofdpijn. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* (1971); 115 : 1893-99.
- BINDER, H.: Abnorme seelische Reaktionen und Entwicklungen. In: Reichardt M. e.a. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie*. Basel: Karger, (1955): 255-299.
- BIERKENS, P.B.: Psychologische aspecten bij patiënten met lage rugpijn. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* (1967); 111 : 1638.
- BIERKENS, P.B.: Woord en communicatie; gespreksvoering in theorie en praktijk. Nijmegen, Dekker & van de Vegt; (1975).
- BLASHFIELD, R.K., DRAGUNS, J.G.: Toward a taxonomy of psychopathology: The purpose of psychiatric classification. *Brit. J. Psychiat.* (1976I); 129 : 574-83.
- BLASHFIELD, R.K., DRAGUNS, J.G.: Evaluative criteria for psychiatric classification. *J. of Abnormal Psychiatry* (1976II); 85 : 140-50.
- BLOEM, M., WOLFFERS, I.: Hyperventilatie. Amsterdam; Bakker (1979).
- BLOEMSMAN, F.: Depressie, zelfmoord en poging tot zelfmoord. In: *Stemming en ontstemming*. Amsterdam. De Erven Bohn, (1974).
- BLOKLAND-KUHLER, N.M.: Arbeidsstudie in een huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* (1974); 17 : 256-59.
- BLOOM, S.W.: *The doctor and his patient*. New York, Russell Sage Foundation, (1961).
- BLIJHAM, H.: Behandeling van de patiënt die "altijd klachten heeft". *Commentaar en redactie. Patiënt Care* (1974): 28-32.
- BLIJHAM, H.: Nogmaals de gastarbeider. *Med. Contact* (1980) : 99-97.
- BLYTHER, P.: Stress; onderkennen en overwinnen. Baarn. Bosch en Keuning, (1976).

BODKIN, N.J., GAZE, R.B., GOMEZ, G.: The general practitioner and the psychiatrist: a study in co-operation. Br. Med. J (1963): 723-25.

BOECKHORST, F.W.A. e.a.: Aspecten van somatische fixatie in gezinnen. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, (1977).

BOELEN, K.W.J., ZWANIKKEN, G.J.: Psychiatrische stoornissen bij bejaarden. Leiden, Stafleu, (1967).

BOER, R.A. de: Nascholing van huisartsen; resultaten van het werk in studiegroepen medische psychologie. Dissertatie. Meppel, Boom, (1973).

BOEVE, H.J. e.a.: Als ouders met een "lastig" kind bij u komen. Patient Care (1976): 14-22.

BOUMA, J., MULDER, H.C., TUMSTRA, T.J.: Het gebruik van kalmerende middelen en slaapmiddelen in de gemeente Groningen. Huisarts & Wetenschap (1975); 18 : 212-16.

BRAMLAGE, C.A.A.: Gezondheid en ziekte te Zutphen. Diss. Assen, Van Gorcum & Comp.: (1962).

BRAUN, R.N.: Die gezielte Diagnostiek in der Praxis; Grundlagen und Krankheitshäufigkeit. Stuttgart, F.K. Schattauer Verlag, (1957).

BRAUN, R.N.: Feinstruktur einer Allgemeinpraxis. Stuttgart, F.K. Schattauer Verlag (1961).

BRAUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien; ein Grundriss der kleinen Psychiatrie Stuttgart, Thieme (1969).

BREMER, G.J.: De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. Huisarts en Wetenschap (1964): 7 : 2-17.

BREMER, G.J.: De huisarts en zijn patiënt: De diagnostische functie van de huisarts. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Leiden, Stenfert Kroese, (1969): 43-81.

BREMER, G.J.: Het verwijzen in de huisartspraktijk. Assen; Van Gorcum & Comp. (1964). Diss.

BREMER, G.J., BROUWER, W.: Ontwerp en toepassing van een huisartsen-anamnesewijst. Huisarts en Wetenschap (1969); 12 : 321-330.

BREMER, G.J. e.a.: Hoofdpijn. Leiden, Stafleu, (1970).

BREMER, G.J.: Over diagnose, huisartsdiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon. Huisarts en Wetenschap (1972); 15 : 1-7.

BREMER, G.J.: Dokters in hun dagelijks doen. Huisarts en Wetenschap (1978); 21 : 477-83.

BREMER, G.J.: Over het gebruik van de huisartsen-anamneselijst bij vage, onduidelijke klachten. Huisarts en Wetenschap (1980); 23 : 53-58.

BRENKMAN, C.F.: De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Diss. Assen, Van Gorcum-Prakke, (1963).

BRILL, H.: Classification and nomenclature of psychiatric conditions. Chapter I. In: American Handbook of Psychiatry, 3e dr.: (1965); 3-17.

BRODATY, H., ANDREWS, G., KEHOU, L.: Psychiatric illness in general practice: why it is missed? Australian Family Physician; (1982): 625-31.

BROOK, A.: Mental stress at work. The Practitioner (1973); 210: 500-506.

BROUWER, W.: De huisarts-patiënt-relatie. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Leiden, Stenfert Kroese, (1969): 152-161.

BROUWER, W.: Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel. Diss., Emmeloord, Hoekstra & Zonen (1962).

BROUWER, W., DIJKHUIS, J.H.: De klacht. In: Praten met patiënten. Utrecht, Bijleveld, (1967): 33-49.

BROUWER, W. TOUW-OTTEN, F.: Van klacht tot klagen; een analyse van de pre-medische periode. Huisarts en Wetenschap (1974); 17: 3-7, 14, 15.

BROWNE, K. FREELING, P.: The doctor-patient relationship. Edinburgh, Livingstone (1967).

BRUINVELS, J., KORTBEEK, L.: De farmacologie van tranquillizers. Metamedica, (1975): 267-72.

BUMA, J.T.: De huisarts en zijn patiënt. Amsterdam, Allart de Lange, (1950). Diss.

BUMA, J.T., BAK, L.: Proeve van een medisch-sociografisch onderzoek in een huisartspraktijk. T. Sociale Geneesk. (1952): 327-39.

BUIJZE-DEN HOLLANDER, M., KNOTTNERUS, A.: Nogmaals praktijkverkleining. Med. Contact (1980): 575-78.

CALLIERI, B., FRIGHI: Social psychiatry and criteria of normality. Social Psychiatry (1966): 142-143.

CARP, E.A.D.E.: De waarde van het niet aangepast zijn. In: Medische psychologie en patho-psychologie. Amsterdam, Scheltema & Holkema, (1951), 2e dr.: 406-17.

CASSEE, E.Th.: Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt. Huisarts en Wetenschap (1969); 12 : 97-104.

CASSEE, E.Th.: Naar de dokter; Enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel, Boom, 1973.

CASTELNUOVO-TEDESCO, P.: The Twenty-Minute Hour: a guide to brief psychotherapy for the physician. Boston, Little Browne and Comp. (1965).

CATE, R.S. ten: Probleemgeöriënteerde registratie in de United Kingdom. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 47.

CARGILL, D.: "Special" calls in a general practice. The Lancet (1963); II : 1112-1113.

CLARK, D.S.: Grondbeginselen der hedendaagse psychiatrie, Den Haag, Van Stockum (1965).

CLUYSENAER, O.J.J.: Functionele buikklachten. In: Functionele buikklachten. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, (1980): 1-11.

COHEN, E.A.: Het post-concentratiekampsyndroom: een "disaster"-syndroom. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1972); 116 : 1680-1685.

COHEN-MATTHIJSEN, Th. Het "battered child"-syndroom. Ned. T. Geneesk. (1970); 114 : 142-49.

COHEN STUART, M.H.: Bezwaard gemoed. Diss., Assen, Van Gorcum, (1960).

COHEN STUART, M.H.: Physical problems in relation to the "Vital Depression Syndrome". Psychiatrica, Neurologica, Neurochirurgica (1965); 68 : 181-99.

COLLYERE, J.A.: A measure of a family doctor's work: Part I: setting up a one-practice study. Canadian Med. A. Journal (1975); 112; May : 1256.

Part II: drugs, time, charges, morbidity. C.M.A. Journal (1975); June : 1357.

Continue morbiditeitsregistratie peilstations. Jaarverslag (1973) Med. Contact (1974): 1633.

COOPER, B. SYLPH, J.: Life events and the onset of neurotic illness: an investigation in general practice. Psychological Medicine (1973): 421-35.

COOPER, B.: Clinical and social aspects of chronic neurosis. Practitioner (1972); 209 : 289-90.

COOPER, B., BROWN, A.C., KALTON, G.: A pilot study of psychiatric morbidity in general practice. J. Coll. Gen. Pract. (1962); 5: 590-602.

COOPER, B.: Psychiatric disorders in hospital and general practice. Social Psychiatry (1966); 1 : 7-10.

CREMERIUS, J.: Die Prognose funktioneller Syndrome. Stuttgart, F. Enke, (1968).

CRISP, A.H.: Therapeutic aspects of the doctor-patient-relationship. Psychother. Psychosom. (1970); 18 : 12-33.

CROMBIE, D.L.: Diagnostic process. J. Roy. Coll. gen. Practit. (1963); 6 : 579-589.

CROMBIE, D.L.: Documentation of the diagnostic problems in general practice. Allgemeinmedizin international (1975); 1 : 10-16.

CROUGHS, W.: Psychogene groeistoornis en battered child-syndroom bij drie kinderen. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1970); 114 : 670-78.

DAETER, H.G.M.: Ziekte en werkgelegenheid. Med. Contact (1980); 1519-24.

DALTON, K., POLLITT, J., MAIN, T.F.: Discussion on depression: emotion or illness? Practitioner (1971); 206 : 681-87.

DAM, F.S.A.M. van: Enige aspecten van psychosociale zorg voor kankerpatiënten. Arts en Wereld, (1974); 40-45.

- DANTZIG, A. van: Een onderzoek naar de werking van chloordiazepoxide (Librium). Ned. Tijdschr. Geneesk. (1968); 112 : 408-11.
- DANTZIG, A. van, WAAGE, J.: Almacht en onmacht: het verband tussen psychasthenie en neurasthenie. Huisarts en Wetenschap (1962); 5 : 239-45.
- DANTZIG, B. van-VAN AMSTEL: Vrouwen emancipatie en geestelijke gezondheid. Med. Contact (1978) : 698-701.
- DAVIES, S.W.V.: A year in general practice. J. Coll. gen. Pract. (1958); 1 : 315-29.
- DEBERDT, R.: Psychische moeheid, kenmerken en medicamenteuze behandeling. Acta psychiat. Belg.; (1972) : 708-20.
- DEEN, K.J. van: Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Groningen, Hoitsema, (1982) Diss.
- DEGKWITZ, R., HELMCHEN, NOMBOUR, W.: Diagnoseschlüssel und Glossar Psychiatrische Krankheiten. (I.C.D. - 8 Revision) Berlin, Springer, (1973), 3e Aufl.
- DEKKER, E.: Beleving van stress in Nederland. Hart Bulletin (1982); 13 : 103-104.
- DE LOOF, J.: Analyse der Praxisstruktur. Allgemeinmedizin International (1981) : 19-23.
- DIEKSTRA, R.F.W.: Over suicide. Zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening. Alphen aan de Rijn, Samson, (1981).
- DIEKSTRA, R.F.W., GRAAF, A.C. de, EGMOND, M. van: Over de epidemiologie van suicidepogingen. Een sample-survey onderzoek in huisartspraktijken. T. Soc. Geneesk. (1982); 20 : 398-404.
- DILLING, H. WEYERER, S., ENDERS, I.: Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Psychiatrische Epidemiologie. red. Häfner H. Berlin, Springer, (1978).
- DOES, E. van der: Huisarts en epidemioloog. Med. Contact (1980): 485-90.
- DOESSCHATE, R.J.A. ten: Patiëntenbrochure: Hyperventilatie. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 336-41.
- DOKTER, H.J., VOORHOEVE, N.A.J.: De irritatie van de dokter als signaal. Huisarts en Wetenschap (1962); 5 : 280-82.
- DOKTER, H.J.: De problematiek van het spreken en zwijgen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1969); 12 : 93-97.
- DOKTER, H.J., LAMBERTS, H.: Balint is er niet meer, leve het "Balintisme"? Huisarts en Wetenschap (1978); 21 : 422-24.
- DOKTER, H.J.: Inhoudelijke argumenten voor praktijkverkleining. Med. Contact (1980) : 245.
- DOKTER, H.J.: Het handelen van de huisarts bij mensen met psychosociale klachten. Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 415-16.
- DOKTER, H.J., VERHAGEN, F.: Balint herzien. Het medisch jaar 1984, Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, (1984).
- DOOL, C.W.A. van den: Anticiperende geneeskunde. Huisarts en Wetenschap (1970); 13 : 59.

DOORN, J.A.A. van: Het medisch ventiel voor maatschappelijk falen; over functieverhuizingen in de gezondheidszorg. Sociologische gids (1956); 3 : 152-57.

DOORN, J.A.A. van, LAMMERS, C.J.: Moderne sociologie; systematiek en analyse. Utrecht, Het Spectrum, (1959).

DREIBHOLZ, HAEHN, HILDEBRANDT u.a.: Häufigkeit von Krankheitsbezeichnungen in fünf Allgemeinpraxen. Allgemeinmedizin International (1974); 3 : 21-25.

DROGENDIJK Sr., A.C.: Wat zijn dat toch voor ouders, die hun kinderen mishandelen. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1971); 115 : 223-26.

DUNBAR-MILLER, R.A.: Depressive Illnesses. Practitioner (1973); 210 : 74-79.

DIJCK, R. van: Directieve therapie en chronisch klaaggedrag. Symposium "Chronisch Klaaggedrag". Wassenaar Ursula Kliniek, (1978).

DIJCK, R. van: Theoretische concepten in de gezinstherapie. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 213-17.

DIJK, W. van, LAMBERTS, H.: De "International classification of health problems in primary care"; Nederlandse vertaling. Huisarts en Wetenschap (1975); 18 : 361-69.

DIJK, W.K. van: Psychopharmaca: confrontatie met het hoofdthema; vorderingen in de geneeskunde en haar gevolgen voor patiënt, arts en gemeenschap. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1968); 112 : 2213-17.

DIJK, W.K. van: Alcoholisme. In: Ned. Handboek der Psychiatrie, deel IV. Deventer, van Lochem Slaterius, (1970).

DIJK, W.K. van: Depressies, klinische beelden, etiologie en therapeutische aanpak. In: Stemming en ontstemming. Amsterdam, De Erven Bohn, (1974).

DIJK, W.K. van: Het miskende beeld van de alcoholist. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 197-201.

DIJK, W.K. van: De miskende alcoholist. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1979); 123 : 1228-37.

DIJKHUIS, H.J.P.M.: De toekomst van de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1964); 7 : 153-56.

DIJKHUIS, H.J.P.M.: Behandeling van de patiënt die "altijd klachten heeft"; commentaar en redactie. Patient Care (1974) : 28-32.

DIJKHUIS, J.: Onbegrip voor de psychische aspecten van menselijk gedrag. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1980) : 3-14.

EDENS, R.: Verwijsbrieven getoetst. Med. Contact (1977); 32 : 311-16.

EISLER, R.M., POLAK, P.R.: Social stress and psychiatric disorder. J. Nerv. Mental Disease (1971); 153 : 227-35.

ELTING, W.: De analyse van één dag praktijkvoering; een explorerend onderzoek van de spreekuurgesprekken. Huisarts en Wetenschap (1972); 15 : 259-69.

EMANUEL-VINK, H.M.M., HEYDENDAEL, P.H.J.M.: Een goed huwelijk en het functioneren van het gezin. T. Soc. Geneesk. (1977); 55: 830-35.

ERCKENS, E.C.G., VASTBINDER, R.C.M.: Probleemdrinken en de rol van de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1984); 27 : 16-19.

ERNST, K.: Die Prognose der Neurosen. Berlon, Springer (1959).

ERP, L.F.C. van - TAALMAN KIP: Arbeidsongeschiktheid door ziekte bij psychische aandoeningen. T. Soc. Geneesk. (1963) : 145-147/154.

ES, J.C. van: Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Utrecht, (1959). Diss.

ES, J.C. van: Probleempatiënten; beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker. Assen, Van Gorcum, (1967).

ES, J.C. van, PIJLMAN, H.R.: Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. Huisarts en Wetenschap (1970); 13 : 433-49.

ES, J.C. van: Patiënten met functionele stoornissen. In: Patiënt en huisarts, Utrecht, Oosthoek, Scheltema en Holkema, (1974).

ESSER, P.H.: Klinische psychiatrie. Kampen, Kok, (1967).

EJNK, J.Th.M. van, GUBBELS, J., KONINGH, A.G.J. de, MEER, K. van der, NOORT, J. van: De weekenddienst van huisartsen in Nederland. Med. Contact (1978); 33 : I.17-22, II.37-42, III.73-78.

EJNK, J.Th.M. van: Verschillen in praktijkvoering van huisartsen. Med. Contact (1979) : 987-99.

EJNK, J.Th.M. van: Levensgebeurtenissen en ziekte. Utrecht, Huisartsen Pers, (1979-I), Diss.

EJNK, J.Th.M. van: De verwerking van levensgebeurtenissen en enkele demografische kenmerken. T. Soc. Geneesk. (1979-II); 57 : 553-61.

EJNK, J.Th.M. van: Medicalisering vanuit huisartsgeneeskundig perspectief. Metamedica (1981); 60 : 438-51.

EJNK, J.Th.M. van: Medicalisering en somatische fixatie; een poging tot concretisering. Med. Contact (1983); 431-32.

EJNK, L.A.: Sociotherapeutische aanpak van chronisch klaaggedrag. Symposion "Chronisch klaaggedrag". Wassenaar, Ursula Kliniek, (1978).

EJNK, J.T.L.M. van, GUBBELS, J.W.: Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Utrecht, Ned. Huisartsen Instituut, (1984).

EJNSBERG, R., REE, F. van: Hysterie en medische inbreng. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1977); 121 : 1083-87.

FAHRENFORT, M., KLINKERT, J.J.: Medicalisering - naar een omschrijving. Huisarts en Wetenschap (1978); 21 : 412-16.

FETSCHER, G. KERNBICHER, A., GRIESSER: Analyse einer Allgemeinpraxis. Z. für Allgemeinmedizin (1974); 50 : I.1232-40 II. 1307-16 III. 1402-11.

- FOLGERING, H., COLLA, P.: Het hyperventilatiesyndroom. In: Het medisch jaar 1980; Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, (1980).
- FOLMER, H.R.: Huisarts en Usberg. Zaltbommel, Avanti, (1968), Diss.
- FRANKENBERG, W.: Huisarts en crisisinterventie. Huisart en Wetenschap (1974); 17 : 1.261-64, II.418-22.
- FRANKENBERG, W.: Emotionele crisis. Huisarts en Wetenschap (1977); 20 : 7-10.
- FRANKL, V.E.: Der Mensch auf der Suche nach Sinn; zur Rehumanisierung der Psychotherapie. Freiburg, Herder, (1972).
- FRANKL, V.E.: De zin van het bestaan. Rotterdam, Kooyker, (1978).
- FRANKENBERG, W.: Depressies in de huisartspraktijk. In: Stemming en ontstemming. Amsterdam, De Erven Bohn, (1974) : 253-68.
- FREEDMAN, D.X., HOES, M.: Stressverschijnselen die de huisarts in zijn praktijk ontmoet - I. Patient Care (1984); 11, 2 : 4-18.
- FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J.: Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, The Williams & Wilkins, (1972).
- FREIDSON, E.: Patient's view of Medical practice. New York, (1961).
- FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler, (1936) (6e Auflage).
- FREUD, S.: Abrisz der Psychoanalyse & Das Unbehagen in der Kultur. Frankfurt/M. Fischer, (1972).
- FROMM, E.: De gezonde samenleving: psychologie van democratie en kapitalisme. Utrecht, Bijleveld, (1972) 4e druk (1955).
- FRY, J.: A year of general practice, a study in morbidity. Brit. Med. J. (1952); II : 249-52.
- FRY, J.: Five years of general practice; a study in simple epidemiology. Brit. Med. J. (1957); 21 : 1453-57.
- FRY, J.: What happens to our neurotic patients? J. roy Coll. gen. Practit. (1960) : 85-89.
- FRY, J.: Minor maladies. The Practitioner (1962); 189 : 633-40.
- FRY, J., DILLANE, J.B.: Too much work?; proposals based on a review of fifteen years work in practice. The lancet (1964); II : 632-34.
- FRY, J.: Profiles of disease; a study in the Natural History of Common Disease. Edinburgh, Livingstone, (1966) : 146-50.
- FRY, J.: Common Diseases; Their nature, incidence and care. Lancaster, MTP press Ltd., (1979).
- FRUJLING-SCHREUDER, E.C.M.: Preventie van neurotische gezinsrelaties. Assen, Van Gorcum, (1965).
- FRUJLING-SCHREUDER, E.C.M.: Medische begeleiding van de psychische ontwikkeling van het kind: goedkope preventie. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1970); 114 : 1080-85.

- GARRETT, A.: Gesprekstechniek; beginselen en methoden. Groningen, Wolters-Noordhoff, (1970). (10e druk).
- GASTPAR, M.: Angst en depressie. Soma & psyche wereldwijd (1976); 2 : 1-3.
- GELDROEP, G. van: Het begrip "normaal" in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap (1980); 23 : 223-26.
- GIEL, R., KNOX, R.S., CARSTAIRS, G.M.: A five-year follow-up of 100 neurotic out-patients. Brit. Med. J. (1964); 2 : 160-63.
- GIEL, R., LUGT, P.J.M. van der: Het lijden dat men vreest. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1966); 110 : 1488-92.
- GIEL, R., LE NOBEL, C.P.J.: Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1971); 115 : 949-54.
- GIEL, R.: Wel of niet psychiatrisch ziek in transcultureel perspectief. T. Soc. Geneesk. (1972-I); 50 : 365-71.
- GIEL, R.: Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1972-II); 15 : 203-09.
- GIEL, R.: Het voorkomen van de depressieve ziektebeelden. In: Stemming en ontstemming. Red. Van Praag/Rooymans. Amsterdam, De Erven Bohn, (1974).
- GIEL, R., BLOEMSMAN, F.: Is suïcidaal gedrag ziek? Ned. Tijdschr. Geneesk. (1977); 121 : 2033-37.
- GIEL, R.: Onderzoek naar psychische stoornissen. Een epidemiologische beschouwing. T. Soc. Gezondheidszorg (1983); 61 : 198-203.
- GLATZEL, J.: Larvierte Depression. Psychiatr. Clin. (1973); 6: 53-64.
- Glossary of mental disorders and guide to their classification; for use in conjunction with the International Classification of Diseases, I.C.D., 8th Revision. Geneva, World Health Organization. (1974).
- Glossary: A general-practice glossary. The research unit of the Royal College of General Practitioners. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1973); Suppl. Number 3.
- Glossary: An international glossary for primary care. WONCA classificatiegroep. Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 342-46.
- GOLDBERG, D.P., BLACKWELL, B.: Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. Brit. Med. J. (1970) : 439-43.
- GOLDBERG, D.P., HUXLEY, P.: Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London, Tavistock, (1980).
- GOUDSMIT, W.: Koning Laïus leeft nog steeds, of: een bijzondere vorm van het neurasthene syndroom. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1977); 121 : 1585-89.
- GRAUWENKAMP, F.J., RIEL, J.C.M. van: Het Hyperventilatiesyndroom. Med. Contact (1984) : 81-82.
- GREENBERG, S.I.: Neurose is een pijnlijke manier van leven. Baarn, Bosch & Keuning, (1972).

GROEN, J.J., HORST, L. van der, BASTIAANS, J.: Grondslagen der klinische psychosomatiek. Haarlem, De Erven Bohn, (1951).

GROEN, J.J., VALK, J.M. van der, e.a.: Psychologische aspecten van het kankervraagstuk. Haarlem, De Erven Bohn, (1955).

GROEN, J.J., BASTIAAN, J., VALK, J.M. van der: Syndroom-verschuiving en -onderdrukking; de betekenis voor de interne en psychiatrische kliniek. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1958); 102 : 616-25.

GROEN, J.J.: Voor en tegen de psychosomatiek. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1973); 117 : 1252 e.v.

GROEN, J.J.: Het syndroom van de onbehandelbare pijn. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1979); 1979 : 374-79.

GROL, R. e.a.: Preventie van somatische fixatie III; somatische fixatie in de huisarts-patiënt-relatie. Huisarts en Wetenschap (1978-III); 21 : 402-05.

GROL, R. e.a.: Preventie van somatische fixatie IV; Een signalerings-systeem. Huisarts en Wetenschap (1978-IV); 21 : 406-10.

GROL, R. e.a.: Preventie van somatische fixatie; Het doorbreken van de somatische fixatie. Huisarts en Wetenschap (1978-V); 21: 486-89.

GROL, R (redactie), EIJK, J. van, HUYGEN, F., MESKER, P., MESKER-NIESTEN, J., MIERLO, G. van, MOKKINK, H., SMITS, A.: Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (1981).

GROOT, M.J.M. de: Kwantitatieve benadering van het verzuim door neurosen bij Nederlandse arbeiders. Leiden, Afd. Statistiek N.I.P.G., (1958).

GROOT, M.J.M. de: De "geestelijke verzieking" van het Nederlandse volk: Slogan of realiteit? Med. Contact (1971); 31 : 815-22.

HAAN, M. de: Vage klachten: wat verstaan patiënten en huisartsen er onder? Huisarts en Wetenschap (1982); 25 : 190-95.

HAFNER, H., REIMANN, H.: Spatial distribution of mental disorders in Mannheim, (1965). In: Psychiatric Epidemiology. (1970) London, Oxford Univ. Press, (1970).

HANNAY, Dr.: The "iceberg" of illness and "trivial" consultations. J. Roy. Coll. Gen. Pract. (1980); 551-54.

HARE, E.H., SHAW, G.K.: A study in family health. (I) Health in relation to family size. Brit. J. Psychiat. (1965) : 461-66.

HEERING, J.: Medicalisering. Kanttekeningen bij kanttekeningen. Med. Contact (1982) : 1662.

HENNINK, M.P.: Criteria voor huisbezoek. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 496-500.

HERNGREEN, H.: Lage rugklachten met psychische componenten. Arts en Soc. Verz. (1975) : 81 e.v.

HEWETSON, J.C., McEWAN, J.A., OLLENDORFF, R.H.V.: The incidence of psychiatric disorders in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1963) : 127-33.

HEYDENDAEL, P.H.J.M., HUYGEN, F.J.A., KETELAAR-IERSEL, A.M.J. van, PERSOON, J.M.G. e.a.: Gezin en ziekte. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1972).

HEYMANN, K.G.: An unified hypothesis on depression and some observations from general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1972); 22 : 23-27.

HIDDEMA, F.: Ruziënde echtparen. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1974); 118 : 1079-80.

HIDDEMA, F., VISSER, K.: Kanttekeningen bij de opneming van patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1966); 110 : 1268-70.

HIDDEMA, F.: Behandeling en preventie van psychosociale problemen bij ontslagenen. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1979); 123 : 1100-03.

HIRS, W.M., HOSMAN, C.M.H.: Psychische problematiek en de centrale positie van de huisarts. Metamedica (1975) : 49-56.

HODGKIN, K.: Towards earlier diagnosis in primary care. London, Churchill-Livingston (1978).

HOES, M.J.A.J.M.: Depressie. Nieuwe visies op diagnostiek, biologie en psychofarmacotherapie. Het Medisch Jaar (1984). Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema.

HOES, M.J.A.J.M.: Indicaties, beperkingen en gevaren van neuroleptica. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1980); 124 : 647-53.

HOEVEN, J. van der, HOGERZEIL, H.H.W.: Medische verrichtingen en de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1965); 8 : 168-75.

HOGERZEIL, H.H.W.: Resultaten in een huisartspraktijk. Zwolle, Erven J.J. Tijl, (1954), Diss.

HOLE, G. Die larvierte Depression und ihre Erkennung. Münchener Med. Wochenschrift (1972); 114 : 578-84.

HOOGEN, H.J.M. van den e.a.: Huisarts en vergrijzing. T. Soc. Geneesk. (1982); 60 : 870-74.

HOPKINS, E.J.: An investigation of environmental factors in the causation of neurosis in women. Practitioner 197 : 523 e.v.

HOPPENER, A.P.J., JOUR, P. du: Functionele klachten. Med. Contact (1983) : 790-92 en 822-24.

HORDER, B.J.: How important are psychogenic symptoms. Practitioner (1959) : 96-100.

HORDERN, A.: The antidepressant drugs. New Engl. J. Med. (1965): 1159-69.

HORE, B.D., WILKENS, R.H.: A general practice study of the commonest presenting symptoms of alcoholism. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1976); 26 : 140-42.

HORN, G.H.M.M. ten: Wat gebeurt er na een korte psychiatrische opname? T. voor Psychiatrie (1976); 18 : 623-31.

- HORNEY, K.: Unsere inneren Konflikte. München, Kindler, (1973).
- HORNEY, K.: De neurotische persoonlijkheid van deze tijd. Utrecht, Bijleveld, (1966).
- HOUT, W.P. van den, SCHUBERT, D.S.P.: Herkenning van de schizofrene patiënt. Patient care (1979) : 36-40.
- HULL, F.M.: Social class consultation patterns in rural general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1969); 18 : 65-71.
- HUSTINX, A.: Het existentieel emotioneel stress-syndroom. Maandblad Geest. Volksgezondheid (1973); 28 : 197-207.
- HUYGEN, F.J.A.: Huwelijksconflicten gezien vanuit het standpunt van de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1962); 5 : 258-65.
- HUYGEN, F.J.A.: Gezin en ziekte. Huisarts en Wetenschap (1964); 7 : 429-35.
- HUYGEN, F.J.A., THIEL, Th.A.M.G. van, DEGEN, H.: Huisarts en verpleegster, verslag van een "pilot study". Huisarts en Wetenschap (1967); 10 : 355-63.
- HUYGEN, F.J.A.: Gezin en gezondheid. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1968).
- HUYGEN, F.J.A.: Ziekte en gezin. Huisarts en Wetenschap (1970); 13 : 261-67.
- HUYGEN, F.J.A., MELKER, R.A. de: Over het verwijzen door de huisarts. Med. Contact (1973): 1299-1302.
- HUYGEN, F.J.A.: Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk. Huisarts & Wetenschap (1974); 17 :
- HUYGEN, F.J.A.: Bewaking van het gezin. In: Kompas voor de huisarts (1975) : 1-13.
- HUYGEN, F.J.A.: Huisarts en gezinstherapie. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 207-13.
- HUYGEN, F.J.A.: Een visie op onze gezondheidszorg vanuit de eerste lijn. In: Waarheen met onze gezondheidszorg? Baarn, Ambo.boeken, (1977-I). bl. 22-38.
- HUYGEN, F.J.A.: Zorg voor ouderen in de eerste lijn. Ned. T. Geront. (1977-II); 8 : 142-49.
- HUYGEN, F.J.A.: Family Medicine. The medical life history of families. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1978-I).
- HUYGEN, F.J.A., Preventie van somatische fixatie L. De geschiedenis van een onderzoekproject. Huisarts en Wetenschap (1978-II); 21 : 363-65.
- HUYGEN, F.J.A.: Functionele klachten; heeft psychotherapie de voorkeur. In: Controversen in de geneeskunde. Utrecht, Bunge, (1980-I).
- HUYGEN, F.J.A.: Gezondheid, ziekte, gezin en huisarts. Med. Contact (1980-II) : 433-36.
- HUYGEN, F.J.A.: Die Familie und der Hausartz. Allgemeinmedizin International (1980-II); 57-62.

HUYGEN, F.J.A.: Verwirklichung der Familienmedizin. Allgemeinmedizin International (1981): 5-10.

HUYGEN, F.J.A., HOOGEN, H. van den, NEEFS, W.J.: Gezondheid en ziekte: een onderzoek van gezinnen. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1983); 127 : 1612-19.

HUYGEN, F.J.A.: Separatie-reacties. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1983); 127 : 1795-07.

HUYGEN, F.J.A., HEYDENDAEL, P.H.J.M., PERSON, J.: Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk I. Huisarts en Wetenschap (1974); 17 : 23-32.

HUYGEN, F.J.A., HOOGEN, H.J.M. van den, LOGT, A.Th. van de, SMITS, A.J.A.: Nerveus-Functionele klachten in de huisartspraktijk. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1984), 128 : I. Een epidemiologisch onderzoek: 1321-27; II. Diagnostiek en therapeutisch beleid: 1372-76.

IEMHOFF, W.: Psychosociale klachten bestaan niet. Med. Contact (1973) : 993-98.

IEMHOFF, W.: Klacht en interpretatie in geneeskunde en gezondheidszorg. Nijmegen, Link (1979).

ILLICH, I.: Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid. Baarn, Wereld Venster, (1975).

ILLICH, I.: Grenzen aan de geneeskunde. Baarn, Wereld Venster, (1978).

International classification of health problems in primary care. Oxford, Oxford University Press, (1979). (ICHPPC-2).

Internationale statistische classificatie van ziekten, verwondingen en doodsoorzaken, "viercijferlijst" 8e druk, (1965). 's Gravenhage, C.B.S., (1965).

JACOBS, D.: Huisarts en geestelijke gezondheidszorg. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, (1975), bl. 374-395.

JANSSEN-EMMER, E.M.: Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Zeist, De Haan, (1958). Diss. bl 8-79.

JENNER, J.A.: Over depressies. Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 469-72.

JENSEN, O.N.: Psychopathie; karakterafwijking. Rotterdam, Kooyker, (1978).

JOHNSON, D.A.W.: The evaluation of routine physical examination in psychiatric cases. Practitioner; (1968) : 687-91.

JOHNSON, D.A.W.: Treatment of depression in general practice. Brit. Med. J. (1973) : 18-20.

JOHNSON, D.A.W., Mellor Valerie. The severity of depression in patients treated in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1977); 27 : 419-22.

- JOHNSTONE, A., GOLDBERG, D.: Psychiatric screening in general practice. *Lancet* (1976) : 605-08.
- JONGERIJUS, P.J.: Wat heet Balint? Een hernieuwde kennismaking. *Soma en Psyche wereldwijd* (1981); 7 : I. no. 2; 7-9; II no. 3: 5-7.
- JONGH-HYLKEMA, J.T.D., de: Sociose en/of maatschappelijk verzuim. *Med. Contact* (1974) : 183-84.
- JONGHE, F. de: Conversie of organisch lijden. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* (1976); 120 : 1101-03.
- JOSTEN, J.G.J.E.: Voorlichting en ontwikkeling van therapeutisch gedrag in het kader van de arts-patiënt-relatie. *Huisarts en Wetenschap* (1965); 8 : 402-05.
- JOYCE, D.: What was prescribed? In: *Treatment or Diagnosis*. Red. Balint M., London, Tavistock Publications, (1970), bl. 62-74.
- JUFFERMANS, P.C.: Medicalisering, zelfzorg en de crisis van de verzorgingsstaat. *Med. Contact* (1983) : 224-26.
- KABELA, M.: Spaanse immigranten bij een Nederlandse psychiater. *Med. Contact* (1980): I. 24-30; II. 65-66; III. 89-94.
- KABELA, M.: Psychische gevolgen van stress. *Ned. T. Fysiotherapie* (1981); 10 : 308-16.
- KAPTEIN, A.A.: Huisbezoek: wat vindt de patiënt ervan? *Huisarts en Wetenschap* (1979); 22 : 504-09.
- KEDWARD, H.B., COOPER, B.: Neurotic disorders in urban practice: a three-year follow-up. *J. Roy. Coll. Gen. Practit.* (1966); 12 : 148-63.
- KEDWARD, H.: The outcome of neurotic illness in the community. *Social Psychiatry* (1969): 4 : 1-4.
- KEIRSE, M.: "leren leven" met een chronische ziekte. *Metamedica* (1978); 57 : 151-54.
- KESSEL, W.T.M.: Psychiatric morbidity in a London general practice. *Brit. J. prev. soc. med.* (1960); 14 : 16-20.
- KESSEL, N., SHEPERD, M.: Neurosis in hospital and general practice. *J. ment. Science* (1962); 108 : 159-66.
- KESSEL, N.: Who ought to see a psychiatrist? *Lancet* (1963); 18 : 1092-94.
- KEMMELING, J.: Gezinsobservaties thuis. *Huisarts en Wetenschap* (1979); 22 : 493-95.
- KESTELOO, A.: Bedrijfsgeneeskundige aspecten van een dreigende bedrijfs-sluiting. *Lochem, de Tijdstroom*, (1974).
- KIELHOLZ, P. von: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. München, Lehmanns, (1966), 2e Aufl.
- KIELHOLZ, P. von, FÖLDINGER, W.: Die ambulante Behandlung von Depressionen. *Schweiz. Med. Wschr.* (1964); 94 : 981-88.

KIELHOLZ, P. von, e.a.: Die larvierte Depression. Symposion Verslag. Bern, Huber, (1973).

KINGMA, J.: Vrouwen in conflict. Med. Contact (1972); 27 : 1035-36.

KITS VAN HEIJNINGEN, H.: De stress-situatie. In: Het acute myocard-infarct, een psychosomatische studie. Red. Groen J. Haarlem, De Erven F. Bohn. (1965).

KLEBER, R.J., BROM, D.: Helpen na de schok. Slachtoffers van schokkende gebeurtenissen. Med. Contact (1982) : 1026-29.

KLERK, J.M. de, PETERSEN, C.J., DIEPENDAAL, C.G.: Diagnosecategorie V: psychische stoornissen en de WAO: een nadere beschrijving. T. Soc. Gezondheidszorg (1983); 61 : 434-40.

KLINKERT, J.J.: Medicalisering, Kanttekeningen bij de ontwikkeling van een begrip. Med. Contact (1982) : 1657-62.

KNOL, H.R., ORMEL, J.: De medische consumptie anno 1970 I. een inleiding. T. Soc. Geneesk. (1976); 54 : 237-43.

KNOTTNERUS, J.A.: Over medicalisering en "de leest van de dokter". Med. Contact (1983); 337-40.

KOCKEN, E.Th.M., NOYON, A.P.: Maatschappelijk werker en gespannen cliënten. Metamedica (1975); 54 : 277-80.

KOERSELMAN, G.F.: "Postnatale" depressie. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1983); 127 : 516-17.

KOERSELMAN, G.F.: Psychiatrie in een algemeen ziekenhuis. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1981); 125 : 1481-84.

KOH, E.K.: Emotional disorders in a general practice in Singapore. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1969) : 286-91.

KOLLE, K.: Psychiatrie. Stuttgart, Thiema Verlag, 6e druk (1967).

KOOIJ, S. van der: Het persoonlijk functioneren van de huisarts. Huisarts & Wetenschap (1976); 19 : 23-26.

KOOIJ, S. van der: Registratie van het probleemoplossend proces. Huisarts en Wetenschap (1978); 21 : 166-72 / 196.

KOOIJ, S. van der: Wat doet de huisarts thuis. Huisarts en Wetenschap; (1979); 22 : 501-02.

KORTBEEK, L.H.Th.S.: De farmacologie van tranquillizers; psychische spanning (redactioneel). Metamedica (1975); 54 : 266-67.

KORTBEEK, L.H.Th.S.: De geestelijke stabiliteit; beschouwd onder militaire omstandigheden. Nijmegen. Dekker & van de Vegt (1958).

KORVER, C.: Bevindingen van een weekend-waarnemer terzake van al dan niet gemotiveerd inroepen van huisartsenhulp. Med. Contact (1970) : 437-39.

KRAFT, Th.B.: Overspanning; een psychosomatische en sociale zaak. Haarlem, De Erven F. Bohn, (1972).

KRAFT, Th.B.: Overspanning en arbeids(on)geschiktheid. T. Soc. Geneesk. (1975); 53 : 602-06.

KRAFT, Th.B.: Psychiatrisch verzuim en "normaal" werkhervatten. In: Het medisch jaar 1982. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema. (1982).

KRAMER, D.A.: Enige gegevens over het verrichtingscijfer in een stedelijke huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1967); 10: 455-57.

KRAUS, G.: Het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1955; 99 : 246-52.

KREVELEN, D.A. van: Kinderen die niet naar school te krijgen zijn. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1967); 111 : 1281-86.

KROCH-JENSEN, P.: Classifying disease in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Pract. (1977) : 233-40.

KUBLER-ROSS, E.: Lessen voor levenden; gesprekken met stervenden. Bilthoven, Ambo, (1969).

KUIL, R.: Behandeling van verslaving is een specialisme. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 8-12.

KUILMAN, M.: Depressie en arbeids(on)geschiktheid. Gen. Gids (1975); 6 : 29-31.

KUIPER, P.C.: De frequentie der neurotische stoornissen en de betekenis van de affectafweer. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1955); 99 : 3919-25.

KUIPER, P.C.: De preventieve taak van de huisarts ten aanzien van de neurosevorming. Huisarts en Wetenschap (1965); 8 : 65-69.

KUIPER, P.C.: Inleiding tot moderne psychiatrische denkwijzen: prelude tot de psychiatrie. Utrecht, Bijleveld, (1967-I), 3e druk.

KUIPER, P.C.: Neurosenleer. Arnhem, Van Loghem, (1967-II).

KUIPER, P.C.: Enkele opmerkingen over de psychiatrische diagnostiek. In: Ned. handboek der psychiatrie, deel IV, "de psychosen". Deventer, Van Lochem Slaterus, (1970) bl. 3-13.

KUIPER, P.C.: Hoofdsom der psychiatrie. Utrecht, Bijleveld, (1974), 2e druk.

KUIPER, P.C.: Een mislukt rouwproces. Ned. Tijdschr. Geneesk.; 118 : 1178-81.

KUIPERS, F.: Psychiatrische symptomen bij patiënten, die tegenzin oproepen bij hun arts. Referaat: Goodwin e.a. (1979). Ned. Tijdschr. Geneesk. 1980; 124 : 844-45.

KUIPERS, C.A.: "Psychosomatische" stoornissen in een plattelandspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1966); 9 : 41-58.

KUYVENHOVEN, M., TOUW, F.: Projekt "pre-medische fase" deel I, Literatuurstudie. Soc. Instituut & Instituut Huisartsgeneeskunde. Utrecht, (1976). bl. 76 - 104.

LAAN-BOUMAN, B.J. van der: Krisis-interventie. Wanneer en hoe? In: Verslag lezingen Boerhave Cursus. Leiden, Boerhave Cursus, (1973), bl. 9-23.

LAAR, A. van 't: Functionele buikklachten - zes jaar later. In: Functionele buikklachten. Red. Cluysenaer OJJ / Thije ten OJ. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, (1980) : 100-110.

LADÉE, G.A.: Een medisch-sociologisch onderzoek naar gezondheid storende sociale factoren. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1974), 118: 192-93.

LAGRO-JANSSEN, T.: De vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk. Huisarts & Wetenschap (1983); 26 : 396-72.

LAMBERTS, H.: De stress van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg. Huisarts en Wetenschap (1971); 14 : 293-95.

LAMBERTS, H.: De morbiditeitsanalyse - 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde. I.: Huisarts en Wetenschap (1974); 17: 455-73. II.: Huisarts en Wetenschap (1975-I); 18 : 7-19. III.: Huisarts en Wetenschap (1975-II); 18 : 61-73.

LAMBERTS, H.: Probleemgedrag in de eerste lijn. Huisarts en Wetenschap (1975-III); 18 : 492-02.

LAMBERTS, H.: Het Parisoordeel: een beschouwing over de begrippen gezondheid en lichamelijke fitheid. Huisarts en Wetenschap (1977); 20 : 11-14.

LAMBERTS, H., SLOOT, E.: Multidisciplinaire probleemclassificatie. Wie heeft het probleem, de patiënt of de hulpverlener? Huisarts en Wetenschap (1978); 21 : 52-59.

LAMBERTS, H.: Probleemgeïoriënteerde registratie: mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 44 e.v.

LAMBERTS, H.: Een nieuwe classificatie: Redenen om naar de huisarts te gaan. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 379-85.

LAMBERTS, H.: An international glossary for primary care. Redactioneel commentaar. Huisarts en Wetenschap (1981-I); 24 : 322-23.

LAMBERTS, H.: Hoe beïnvloedbaar is de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1981-II); 24 : 424-30.

LAMBERTS, H., HARTMAN, B.: Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. I. gegevens over probleemgedrag uit het monitoringproject. Huisarts en Wetenschap (1982); 25 : 333-42.

LAMBERTS, H.: Incidentie en prevalentie van gezondheid in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1982-I); 25 : 401-14.

LAMBERTS, H.: Ziektepatronen in huisartspraktijken in Nederland. In: Het medisch jaar 1982. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, (1982-II). bl. 13-36.

LAMBERTS, H.: Morbidity in general practice. Utrecht, Huisartsenpers BV, (1984).

LANDE, J.L. van de, LICHTVELD, P.: Hypoplasia mammae, een psychosociaal lijden. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1972); 116 : 428-30.

LANDE, J. van de: Chronisch klaaggedrag en psychotherapie "klagen als verslaving". In: Verslag Symposion over het thema "chronisch klaaggedrag" Ursula Kliniek. Wassenaar, (1978).

LAST, J.M.: The "iceberg" completing picture in general practice. Lancet (1963) : 28-30.

LEITNER, I.: Der psychisch Kranke in der Allgemeinpraxis. In: Der praktische Arzt heute: Probleme und Ziele der Allgemeinmedizin. Red. Brandlmeier P /Krüsi G. Bern, Huber, (1968).

LEIGH, D.: Domiciliary consultation in psychiatric practice analysis of 1000 visits. Lancet (1955); 17 : 1285-86.

LEHMANN B.W.: De communicatie tussen arts en patiënt; kanttekeningen bij twee Teleac-uitzendingen over het gesprek tussen huisarts en patiënt. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1972); 116 : 641-43.

LEFF, J.: Schizophrenia. Practitioner (1981) : 37-42.

LEVELINK, H., LISDONK, E.H., van de: Een vragenlijst voor patiënten. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 34-42.

LEYSEN, H.L.: Het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur. Haarlem, De Erven F. Bohn, (1972), Diss.

LINDEMANN, E.: Over de symptomatologie en het verwerken van hevig verdriet. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1970) : 271-83.

LITH, A.H. van-de JEUDÉ: De gestoorde functie die tot het ontstaan van de medische situatie voert. Huisarts en Wetenschap (1965); 8 : 407 e.v.

LITH, A.H. van-de JEUDÉ: De huisarts in de maalstroom der emoties. Leiden, Stenfert Kroese, (1971).

LOENDERSLOOT, E.W.: Nerveus-functionele klachten onder in de buik bij vrouwen. Huisarts & Wetenschap (1976); 19 : 460-62.

LOGEN, W.P.D., CUSHION, A.A.: Morbidity Statistics from General Practice. London, H.M. stationery Office, (1958).

LOON, T.J.P. van, SCHOUWENBURG, H.C.: Persoonlijke aspecten van patiënten met vage lichamelijke klachten. Ned. T. Psychologie (1977); 32 : 81-90.

LOOS, J.C., MEIJERS, J.A.G.: "Somatiek of politiek". Med. Contact (1973) : 1091-92.

LOPEZ-IBOR, J.J.: Masked Depressions. Brit. J. Psychiat. (1972); 120 : 245-58.

LUYENDIJK, W.: Ongeloof in de patiënt. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1976); 120 : 2253-54.

LYONS, H.A.: Joint psychiatric consultations. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1969), 18 : 125-27.

MAAS, P.J., van der: Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid in verband met psychische afwijkingen. Arts en Soc. Verzekering (1975); 13 : 24-35.

McKINNON, A.U.: Latent psychiatric disease in general practice. Practitioner (1962); 188 : 108-15.

McKINNON, A.U.: Depression in one practice. Practitioner (1966); 196 : 420-23.

MAGER, M.: Vrouwenemancipatie en lichamelijke gezondheid. Med. Contact (1978) : 741-45.

MANN, A., JENKINS, R.: The outcome of neurotic illness in general practice. Update 1982 : 254-61.

Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Geneva, World Health Organization, (1967), bl. VII-IX, 42-43, XX-XXIII, 140-155.

8th Revision (1965); 9th Revision (1975) 1977 bl. 141-155.

Manual. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Second Edition. D.S.M.-II. Washington, American Psychiatric Association, A.P.A., (1968).

MARINKER, M., TRUCE. In: Treatment or diagnosis. Redactie Balint M. London, Lippincott/Tavistock Publications, (1970).

MARLET, J.J.C.: De ontwikkeling van de Balint-groepen in Nederland. Voordrachtenreeks Ned. Ver. Psychiaters in dienstverband. Meppel, Boom, (1968); 10 : 151-62.

MAYER.GROSS, W.: The diagnosis of depression. Brit. Med. J. (1954): 948-50.

MECHANIC D.: Response factors in illness: The study of illness behavior. Social Psychiatry (1966); 1 : 11-20.

MECHANIC, D.: Medical sociology; a selective view. New York, The Free Press, (1968).

MEENS, A.: Een onderzoek naar de effecten van een dreigende bedrijfs-sluiting. T. Soc. Geneesk. (1981); 59 : 565-71.

MEERLO, J.A.M.: Geestelijke wreedheid. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1969); 113 : 2238-39.

MEERLO, J.A.M.: Vakantie als verbreker van evenwicht. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1971); 115 : 1321-22.

MEERLO, J.A.M.: Het hyperventilatiesyndroom. Arts en Wereld (1976); 9 : 48-49.

MEININGER, J.V.: De betekenis van het klagten in de geneeskunde. Metamedica (1975); 54 : 141.

MELKER, R.A. de: Hoe ontstaan (functionele) klachten? In: Functionele klachten. Red. Cluysenaer O.J.J./Thije O.J. ten. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, (1980) : 12-26.

MELKER, R.A. de: Hulpverlening bij functionele buikklachten, een duister spelonk. In: Functionele buikklachten. Red. Cluysenaer O.J.J. e.a. Utrecht, Bohn, (1980) : 111-132.

MELKER, R.A. de, ONEILL, B, POST, D.: Stressverschijnselen die de huisarts in zijn praktijk ontmoet III. Patient Care (1984); 2 : 22-31.

MENNINGER, K. MAYMAN, M., PRUYSER, P.: Het leven in balans; een nieuwe psychiatrische zienswijze. Utrecht, Het Spectrum (Aula), (1967).

MERTENS, A.Th.L.M.: Enkele cijfers uit een zeer grote dorpspraktijk. T. Soc. Geneesk. (1953) : 347-56.

MERTENS, A.Th.L.M., HEYDENDAEL, P.H.J.M., HUYGEN, F.J.A., e.a.: De patiënt als gezinslid. Nijmegen, Dekker en van de Vegt, (1973), 2e druk.

- MESKER, J., MESKER, P.: Some difficulties in comparing morbidity between counties. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1979); 29 : 92-96.
- MEYBOOM, W.A.: Inleiding tot de probleemgeöriënteerde registratiekaart. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 4-5.
- MEYBOOM, W.A.: Registreren op "A true level of understanding". Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 22-24.
- MEIJER, J.S.: Epidemiologische notities. (rapporteur) Acute hyper-ventilatie. Huisarts en Wetenschap, (1981); 24 : 487-88.
- MEIJER, J.S.: Het irritable bowel syndroom: een bruikbaar begrip voor de huisarts? Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 214-21.
- MEIJER, J.S.: De diagnose irritable bowel syndroom in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1982); 25 : 274-78.
- MICHELS, J.J.M.: Echtgenotes van chronische opgenomen patiënten. RK Artsenblad (1968) : 83-86.
- MICHELS, J.J.M.: Het gezin van de lichamelijk chronisch zieke patiënt. RK Artsenblad (1968) : 294-301.
- MIERLO, G. van, SMITS, A.: Nerveus-functionele klachten - De huisarts en het gezinsgesprek - De klacht en de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1974); 17 : 52-55.
- MIK, G.: Overwegingen rond het nozem-verschijnsel. Med. Contact 19 : 510-14.
- MIK, G.: Ervaringen met jongeren van nu vanuit een nieuwe vorm van hulpverlening. Huisarts en Wetenschap (1971); 14 : 53-58.
- MITCHELL, A.R.K.: Psychological medicine in family practice. London, Baillière Tindall, (1971).
- MODESTIN, J.: Zum Problem der larvierten Depression. Schweiz. Med. Wschr. (1975); 105 : 97-102.
- MOLL VAN CHARANTE, A.W.: Van ziektegevoel tot klaaggedrag. Neurotische labiliteit en de presentatie van klachten aan de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1978); 21 : 17-20.
- MOLL VAN CHARANTE, A.W.: Ziektegevoel: ziektegedrag. Een exploratieve analyse van het ziektegedrag in 163 gezinnen. Meppel, Krips Repro, (1980). Diss.
- MOOTZ, M.: Registratie van probleemgedrag. Med. Contact (1976); 1595-99.
- Morbidity Statistics from General Practice, Second national study 1970 - 1971. London, Her Majesty's Stationery Office, (1974).
- MORRELL, D.C.: The art of general practice. Edinburgh. Livingstone, 1965.
- MORRELL, D.C., GAGE, H.G., ROBINSON, N.A.: Patterns of demand in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1970) : 331-42.
- MORRELL, D.C.: Symptom interpretation in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1972) : 297 e.v.
- MORRELL, D.C., WALE, C.J.: Symptoms perceived and recorded by patients. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1976) : 398-403.

- MULDER, J.D., DUIJN, H.J. van, WUISTER, J.D.: Hoeveel tijd besteden huisartsen aan samenwerking? Med. Contact (1981) : 1401.
- MUSAPH, H.: Vaginisme; een seksuologische beschouwing. Haarlem, De Erven F. Bohn, (1965).
- MUSAPH, H.: Het gesprek; psychologische fundering. Haarlem, De Erven F. Bohn, (1967-I).
- MUSAPH, H.: De angstige patiënt in de spreekkamer. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1967^{II}); 111 : 1354-60.
- MUSAPH, H.: Seksualiteit en partnerkeuze; psychologische fundering. Haarlem. De Erven F. Bohn, (1970).
- MUSAPH, H.: Herdenkingsziekte. Ned. Tijdschr. Geneeskunde (1973^I) 117 : 1313-15.
- MUSAPH, H.: Herdenkingsziekte. In; Psychosomatiek : het Groenboek. Meppel, Boom, (1973^{II}) : 78-87, red. Olthuis F.H.
- MUSAPH, H.: De huisarts als psycholoog. Rijswijk, Gist-Brocades, (1974).
- MUSAPH, H.: De rol van agressie bij de vorming van een lichamelijk symptoom. Ned. Tijdschr. voor Psychiatrie (1974); 16 : 498-512.
- MUSAPH, H., BERKOW, R., CLARK, Th.H., DIAMOND, S. e.a.: Depressie: Gemaskeerd of niet? Patient Care (1974) : 12-27 (April).
- MUSAPH, H.: De tweede generatie oorlogsslachtoffers. Maandbl. Geest. Volksgez. (1978) : 847-59.
- NEVEJAN, M.: De weduwe, medisch en psychologisch gezien. RK Artsenblad (1968) : 193-200.
- NEVEN, E.J.J.: Uitstelduur en praktijkvoering. Een onderzoek in een aantal huisartspraktijken. Astén, Schriks, (1980). Diss.
- NIEUWENHUYZEN, M.G. van: De relatie arts-patiënt. Huisarts en Wetenschap (1959); 3 : 34-36 en (1960); 4 : 231-234.
- Nipo-enquête: De Nederlander en zijn dokter. Med. Contact (1981): 444-46.
- NOBLE, H.M.S.: General practice in New Zealand and the U.K. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1978); 28 : 211-16.
- NOOTER, J., ENT/BRAAT, P.K. van der: Alcoholabus: verkenningen van een N.H.G.-studiegroep. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 5-13 en 18-19.
- NORREN, C. van: Werkhervatting na langdurig ziekteverzuim. Eindhoven, Centrix, (1966), Diss.
- NORREN, C. van: Neurasthenie. Voordracht, Eindhoven (1970), (Philips Medische Dienst).
- NOYES, R., CLANCY: Anxiety neurosis: A 5-year follow-up. J. Nerv. Mental Disease (1976); 162 : 200-205.
- NUYENS, Y.: Arts-patiënt-relatie - een sociologische interpretatie. T. Soc. Geneesk. (1971); I. 66-70. II. 98-101. III. 144-147.

NIJDAM, S.J.: Ervaringen met moderne psychofarmaca; theoretische en praktische aspecten van de klinische toepassing. Den Haag, Mouton & Co., (1966). Diss.

NIJDAM, S.J.: Juist en onjuist gebruik van psychofarmaca. Huisarts en Wetenschap. (1967); 10 : 292-97.

NIJDAM, S.J. e.a. redactie Symposionverslag; De depressie als kernprobleem in de medische praktijk. Arnhem, Ciba-Geigy, (1978).

NIJE, M.C.F.J., STOREY, P.: Anxiety and depression after Infectious Mononucleosis. Brit. J. Psychiat. (1976); 128 : 559-61.

NIJHOF, G.: Psychische storingen in maatschappelijk perspectief. Maandbl. Geest. Volksgez. (1972); 27 : 120-28.

NIJHOF, G.: Gevoelens van machteloosheid en gezondheidsbedreiging. Maandbl. Geest. Volksgez. (1976); 6 : 339-64.

NIJHOF, G.: Sociale ongelijkheid en psychische storingen. Nijmegen, Link, (1979). Diss.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut: Epidemiologie in de huisartspraktijk. Syllabus, (1974).

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut: Continue morbiditeitsregistratie. Syllabus. (1979). Gegevens C.M.R. 1971-1978.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut: Gewone Ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Syllabus I en 2. (1980).

ØDEGARD, Ø.: The epidemiology of depressive psychoses. Acta Psychiat. Scand. (1961); 37 : Suppl. 162 : 33-38.

ØGAR, B.: A general survey of general practice concentrating on psychiatric and social factors. Der Praktische Arzt 20-75 / Allgemein-medicin international 2977-85; (1975).

OLIEMANS, A.P.: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden, Stenfert Kroese, (1969). Diss.

OLIEMANS, A.P., WAARD, F. de: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1969); 12 : 309-15.

OLIEMANS, A.P., VEN, W. van de: Morbiditeitsanalyse in een solo-huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1975); 18 : 437-48.

OLSEN, Th.: Follow-up study of manic-depressive patients whose first attack occurred before the age of 19. Acta Psychiat. Scand. (1961); 37; Suppl. 162 : 45-51.

OLTHUIS, F.H. e.a.: Psychosomatiek: het Groenboek. Meppel, Boom, (1973).

OOSTDAM, E.M.M., PONDAAG, W.: Persoonlijkheidskenmerken en het effect van operatief ingrijpen bij patiënten met Hernia Nuclei Pulposi. T. Geneesmiddelen Onderzoek (1980); 2 : 646-51.

OOSTERHUIS, W.W.: 30 juni, een dag uit een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1972); 15 : 241-58.

- OOSTERHUIS, W.W.: Nekpijn-rugpijn, "fight-flight"?; enkele bespiegelingen over moeilijk te determineren klachten, hun mogelijke verklaring en de betekenis van die verklaring voor huisartsgeneeskundig denken. Huisarts en Wetenschap (1978); 21 : 47-52.
- OOSTERHUIS, W.W.: Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen. Utrecht, Bunge, (1982). Diss.
- ORLEMANS, J.W.G.: Patienten-brochure: Angst voor ernstige ziekten. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 332-36.
- ORLEMANS, J.W.G., DOESSCHATE, R.J.A. ten: Hartziektefobie; een gedragstherapeutisch werkmodel voor behandeling. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 323-32.
- ORMEL, J.: Het psychofarmacagebruik anno 1970. T. Soc. Geneesk. (1975); 53 : 494-506.
- ORMEL, J., GIEL R.: Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de huisartspraktijk. Tijdschr. voor Psychiatrie (1983); 25 : 688-710.
- PAAL. G.: Hypochondrische Syndrome. Der Nerven-arzt (1968); 39: 16-22.
- PARISH, P.A.: The prescribing of psychotropic drugs in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1971); Supplement No. 4, volume 21 (No. 92).
- PARRY, R.A.: The management of alcoholisme in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1970) : 224-229.
- PARSONS TALCOTT: The social system. London. The Free Press of Glencoe III. (1951) Hfd. X.
- PARSONS TALCOTT: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Redactie Mitscherlich A. e.a. Koln, Kieperheuer & Witsch, (1970) 3e Aufl. 57-88.
- PAULETT, J.D.: Neurotic ill health; a study in general practice. Lancet 1956; 7 : 37-38.
- PAYKEL, E.S., SIRELING, L.: Manic - depressive disorder. Practitioner (1981); 225 : 75-81.
- PEL, J.Z.S.: Continue morbiditeitsregistratie in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1964); 7 : 17-21.
- PEL, J.Z.S.: Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage. Med. Contact (1975); 30 : 988-90.
- PEREIRA GRAY, D.J.: Home visits in general practice. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 480-83.
- PERRIS, C., ESPVALL, M.: Depressive-type psychic reactions caused by succes. Psychiat. Clin. (1973); 6 : 346-56.
- PERSOON, J.M.G., HEYDENDAEL, P.H.J.M., HUYGEN, F.J.A.: Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk VI. Huisarts en Wetenschap (1974); 17 : 245-52.

PRUYN, J.F.A.: Het verwerken van stress door kankerpatiënten. Med. Contact (1982) : 1243-45.

PRUYT, S.: Arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een tijdelijk en blijvend psychotisch gedrag of door karakterneurotisch gedrag. Arts. en Soc. Verz. (1975); 13 : 88-91.

QUERIDO, A.: Inleiding tot een integrale geneeskunde. Lochem, de Tijdstroom, (1955).

QUERIDO, J.D.: De dokter als stopverf. Med. Contact (1980) : 1313-17.

QUERIDO, J.D.: Een bewerkelijk praktijkje. Med. Contact (1979): 235.

QUERIDO-NAGTEGAAL, C.G.: Gewone mensen; een medisch-psychologisch onderzoek van een sociale steekproef. Leiden, Stenfert Kroese, (1957), Diss.

RAUPP, J.L.M.: Over werkwijzen van huisartsen; een kwantitatief onderzoek naar de verschillen in de werkwijze van solo-werkende huisartsen in Limburg. Helmond, Van Stiphout, (1971), Diss.

RAVENSTEIJN, L. van: De arts geconfronteerd met lijders aan het KZ-syndroom. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1976); 120 : 316-18.

REDLICH, F.C.: Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Redactie: Mitscherlich A. e.a. Köln, Kieperheuer & Witsch, (1970), 88-111.

REEDIJK, J.S.: Psychiatrie. Lochem, De Tijdstroom, (1977).

REERINK, E.: Oordeelsvorming door de medicus: de rol van kwaliteitsvordering. T. Soc. Geneesk. (1980); 58 : 204-207.

REGENSBURG, A.C.: Tranquillizers. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1961); 105 : 2217-29.

RICHTER, H.: Het gezin als patiënt. Utrecht, Het Spectrum, (1971).

ROBINSON, E.T. e.a.: Depression in rheumatoid arthritis. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1977) : 423-27.

ROMME, M, BAUDUIN, D.: Psychiatrische epidemiologie; over onderzoek naar de spreiding van geestesziekten. Een literatuurstudie. Baarn, Ambo, (1976).

ROOS, J.: Alcoholconsumptie als oorzaak van ziekten buiten de lever. Huisarts & Wetenschap (1976); 19 : 21-22.

ROOYMANS, H.G.M.: Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Groningen, Den Denderen, (1969). Diss.

ROOYMANS, H.G.M.: Vooroordelen in de diagnostiek. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1970); 114 : 1863-67.

ROOYMANS, H.G.M.: Chronisch klaaggedrag en gemaskerde depressie. In: Stemming en ontstemming. Red. Praag H.M. van. Rooymans H.G.M.. Amsterdam, De Erven F., Bohn, (1974^I): 48-63.

ROOYMANS, H.G.M.: Het begrip "specifiteit" in de psychosomatische geneeskunde. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1974^{II}); 118 : 121-27.

ROOYMANS, H.G.M.: Chronisch klaaggedrag en depressie. T. Soc. Geneesk. (1975); 53 : 607-15.

ROOYMANS, H.G.M.: Zijn het zenuwen? Over de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke ziekten. Leiden, Universitaire Pers, (1977). Oratie.

ROOYMANS, H.G.M.: Herkenning en behandeling van stoornissen bij verwerking van hartinfarct. Hart Bulletin, (1979) : 3-5.

ROOYMANS, H.G.M.: Wat verwacht de patiënt van zijn dokter? Med. Contact (1983) : 603-06.

RUHE, H.A.M.: Een huisartspraktijk in 1938 en 1954. Assen, Van Gorcum, (1957). Diss.

RUMKE, H.C.: Studies en voordrachten over psychiatrie, hoofdstuk IV. Richtlijnen bij de differentiële diagnostiek van depressietoestanden. Amsterdam, Scheltema & Holkema, (1948) 2e dr. : 67-72.

RUMKE, H.C.: De psychische stoornissen van de gezonde mens. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1948); 92 : 156-65.

RUMKE, H.C.: De betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1952); 96 : 2661-69.

RUMKE, H.C.: Vakantiereizen als conditionerende factor bij het ontstaan van psychische stoornissen. In: 3e bundel "Studie en voordrachten over psychiatrie". Amsterdam, Scheltema & Holkema, (1958^I).

RUMKE, H.C.: De neurotische doublures van het menselijk lichaam. In: 3e bundel "studies en voordrachten over psychiatrie". Amsterdam, Scheltema & Holkema, (1958^{II}) : 173-181.

RUMKE, H.C.: De psychische stoornissen van de gezonde mens. In: Psychiatrie III Tussen psychose en normaliteit. Amsterdam, Scheltema & Holkema, (1967).

RUMKE, H.C.: De leer der syndromen. De diagnose. In: Psychiatrie I Inleiding. Scheltema & Holkema, Amsterdam, 1969. Schema voor de indeling van psychische afwijkingen 336-337.

RUMKE, H.C., bewerkt door Nijdam S.J. De psychosen, psychiatrie II. Depressieve toestanden. Amsterdam, Scheltema & Holkema, (1971).

RYLE, A.: Neurosis in the ordinary family. A psychiatric survey. London, Tavistock publications, (1967).

SAAN, M.: Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts. Groningen, Wolters, (1966). Diss.

SAAN, M.: De huisarts en het elastisch begrip gezondheidsbehoefte. Med. Contact (1967) : 1261-68.

SAAN, M.: Verminderd welbevinden, is dat ziekte? Groningen, Voor- dracht studiedagen voor sociale verzekeringsgeneeskunde, (1981).

- SAENGER, G.: Psychiatric outpatients in America and the Netherlands: a transcultural comparison. *Social Psychiatry* (1968); 3 : 149-64.
- SANDERS, H.W.A.: Bepaling van de praktijkvoering van een gemiddelde Nederlandse huisarts. *Med. Contact* (1966); 35 : 784.
- SANDISON, R.A.: Depression: illness, social disease or natural state. *Lancet* (1972) : 1227-29.
- SCHADE, J.P.: Het limbische systeem. Neuronaal substraat van het psychoaffectieve gedrag. *Mijdrecht, Hoffmann-La Roche*, (1976).
- SCHIFFNER, K.: Der Hausbesuch in Deutschland. *Huisarts en Wetenschap* (1979); 22 : 483-86.
- SCHIETHART, P.J.: De wegwerpwerker. *Huisarts en Wetenschap* (1974); 17 : 106-10.
- SCHMIDEBERG, M.: The Borderline patient. In: *American Handbook of psychiatry*. (1969): Chapter 21, Part II, Vol I. 398-416.
- SCHNABEL, P.: Een antiwetenschappelijke aanval op de antipsychiatrie. *Maandb. Geest. Volksgezondheid* (1978) : 429-43.
- SCHNEIDER, K.: Klinische psychopathologie. *Stuttgart, Thieme Verlag*, (1979), 9e druk.
- SCHOUWENBURG, H.C.: POSTMA, T.N.M.: Verwijsgedrag van huisartsen in een gezondheidscentrum onderling vergeleken. *Med. Contact* (1977); 32 : 805-08.
- SCHOUWENBURG, H.C.: Het klachtenpatroon bij "somatiserende" patiënten. *Ned. T. Psychologie* (1977); 32 : 91-99.
- SCHOUWENBURG, H.C.: Rapporteur van de research-groep: het somatiseringsproces. Een middellange termijnplanning. *Instituut voor huisartsgeneeskunde universiteit Amsterdam. Huisarts en Wetenschap* (1976); 19 : 109-10.
- SCHRAM, M., POOL, J.J.: Medicalisering en de rol van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* (1980); 23 : 496-74.
- SCHULTE, W., TOLLE, R.: *Psychiatrie*. Berlin, Springer Verlag (1971).
- SEMMENCE, A.: Chronic high users in a general practice. *J. Roy. Coll. Gen. Practit.* (1969) : 304-10.
- SENAY, C., REDLICH, F.C.: Cultural and social factors in neuroses and psychosomatic illnesses. *Social Psychiatry* (1968); 3 : 89-97.
- SERRY, D., SERRY, M.: Masked depression and the use of antidepressants in general practice. *Med. J. Australia* (1969); 7 : 334-38.
- SHEPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A.C., KALTON, G.W.: Minor mental illness in London: some aspects of a general practice survey. *Brit. Med. J.* (1964) : 1359-62.
- SHEPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A.C., KALTON, G.W.: *Psychiatric illness in general practice*. London, Oxford University Press, (1966).
- SHEPHERD, M.: The prevalence and distribution of psychiatric illness in general practice. (Symposium: The medical use of psychotropic drugs). *J. Roy. Coll. Gen. Practit.* (1973): 23, Supplement 2 : 16-22.

- SIGLING, H.O., TILBURG, W. van: De depressieve patiënt. Utrecht. Bunge, (1981).
- SIGLING, H.O.: Depressie vanuit het gezichtspunt van de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1981^I); 24 : 473-75.
- SIKKEL, A.: Lendenpijn in verloskunde en gynaecologie. Huisarts & Wetenschap (1969); 12 : 440-43.
- SILBERMANN, R.M.: CHAM, een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden. Amsterdam, Excerpta medica Foundation, (1970). Diss.
- SILBERT, M.: Masked depression and the general practitioner. South Africa Med. J. (1968); 42 : 132-36.
- SIMS, A.: The consequences of severe neurosis. Practitioner (1976); 216 : 321-29.
- Slaapmiddelen. Geneesmiddelenbulletin (1972); 6 : 5-8.
- Slapen met of zonder farmaca. Geneesmiddelenbulletin (1976); 10: 47-54.
- SMELIK, P.G.: De biologie van stress. Hartbulletin (1982); 13; 3-9.
- SMIT, H.G.: Het neuroseverschijnsel in verband met de ziektewet. T. Soc. Geneesk. (1952) : 371-76.
- SMIT, P.Th.: Spoedgevallen in een huisartspraktijk. Amsterdam, De Erven F. Bohn, (1974). Diss.
- SMIT, N.W. de: Psychiater en maatschappij; uitgangspunten voor een sociale psychiatrie. Haarlem, De Erven F. Bohn, (1970).
- SMITS, A.J.A.: Een psychologische test (A.B.V.) in de huisartsenpraktijk (Doktoraalscriptie). Nijmegen, (1972).
- SMITS, A.J.A.: Nerveus-functionele klachten vanuit gezinsgeneeskundig perspectief. Huisarts en Wetenschap (1973); 16 : 310-13.
- SMITS, A.J.A., MIERLO, G. van: Lichamelijke klachten als communicatie; aspecten van gezinstherapie. In: Interventie in interactie. Aspecten van gezinstherapie. Red. Crolla-Baggen M e.a. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1975) : 30-57.
- SMITS, A.J.A., HUYGEN, F.J.A.: Gezinstherapie in de eerste lijn van de gezondheidszorg; een poging tot evaluatie. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 373-78.
- SMITS, A.J.A.: Kind, huisarts en gezin. Utrecht, Huisartsenpers, (1978^I). Diss.
- SMITS, A.J.A., EIJK, J. van, GROL, R., HUYGEN, F.J.A., MIERLO, G. van, MOKKINK, H.: Preventie van somatische fixatie II. Een theoretisch model en onderzoekgegevens. Huisarts en Wetenschap (1978^{II}); 21 : 366-69.
- SMITS, A.J.A.: The child as a presenting symptom: topic of family research. General Practice International (1980) : 63-67.
- SMITSLAAR, B.: Weer een artikel over het hyperventilatiesyndroom. T. Soc. Geneesk. (1982); 60 : 523-27.

- SPENCER, D.J.: Some psychiatric observations in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1968); 15 : 107-11.
- SPEIJER, N.: Zelfdoding en poging tot zelfdoding bij jongeren. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1978); 122 : 1057-62.
- SPEIJER, N.: Lichamelijk onderzoek bij patiënten met een psychiatrische ziekte. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1966); 110 : 1125-33.
- SPITZER, R.L., WILSON, P.T.: A guide to the American Psychiatric Association's new diagnostic nomenclature. Amer. J. Psychiat.; (1968); 124 : 41-51.
- SPITZER, R.L., ENDICOTT, J., ROBINS, E.: Clinical Criteria for Psychiatric Diagnosis and DSM III. Am. J. Psychiatry (1975); 132: 1187-92.
- SPOERRI, Th.: Compendium der Psychiatrie. Vert. Krevelen D.A. van. Amsterdam, Agon, (1968).
- STAHL, B.: Projects for research in general practice in Greater Copenhagen and the county of Ringkøbing. (priliminary results). Acta Psychiatrica Scand. (1968) : 44. Suppl. 203 : 65.
- STAM, F.C.: Affectieve psychosen en depressieve syndromen. Utrecht, Oosthoek, Scheltema & Holkema, (1974).
- STAM, F.C.: Herkenning en behandeling van depressies door de huisarts. Some en Psyche wereldwijd (1975) : no. 3 + 4.
- STAM, F.C.: Herkenning en behandeling van depressies door de huisarts. Arnhem, Ciba-Geigy, (1974).
- STAM, J.: Psychosomatische klachten: over moeilijkheden en mogelijkheden bij de hulpverlening. Huisarts en Wetenschap (1976); 19: 140-44.
- STAM, J.: Huisarts een teleurstellend beroep. Huisarts en Wetenschap (1982); 25 : 284-86.
- STAPS, : Psycholoog en kankerpatiënt. Med. Contact (1983): I 1429-31; II 1457-58.
- STASSEN, W.: Praktijk-overzicht van een niet-apotheekhoudend huisarts. T. Soc. Geneesk. (1953) : 191-195.
- Stichting alcohol en drugonderzoek. Problemen met drugs in de huisartspraktijk. Med. Contact (1973) : 445-46.
- STOCKUM, Th.J. van: Probleemgeöriënteerd registreren. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 25-34.
- STRAUSS, J.S.: Diagnostic models and the nature of psychiatric disorder. Arch. Gen. Psychiatry (1973); 29 : 445-50.
- STRAUSS, J.S.: A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. Am. J. Psychiatry (1975); 132 : 1193-97.
- STROMGEN, E.: "Depression". Acta psychiat. scand. (1961); Suppl.162.
- STROTZKA, H., LEITNER, I. e.a.: Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis. Social Psychiatry (1966); 2 : 83-87.
- STURMANS, F., MULDER, P.G.H.: Enkele fundamentele frequentiematen in de epidemiologie. T. Soc. Geneesk. (1976); 54 : 277-81.

STURMANS, F., MULDER, P.G.H.: Het verband tussen ziekteduur, incidentie en prevalentie. T. Soc. Geneesk. (1976) : 322-25.

STURMANS, F., MULDER, P.G.H.: De onderlinge relatie tussen sensitiviteit en specificiteit. T. Soc. Geneesk. (1976); 54 : 436-69.

STURMANS, F., VALKENBURG, H.A.: Epidemiologie: Begripsomschrijving en plaatsbepaling. Med. Contact (1976): 1111-18.

STURMANS, F., VALKENBURG, H.A.: Terreinen waarop epidemiologische benadering en gegevens van nut kunnen zijn. Med. Contact (1976): 1147-53.

SUBOTNIK, L.: Spontaneous remission of emotional disorder in a general medical practice. J. Nerv. and Mental Disease (1975); 161 : 239-44.

SZASZ, Th.S., HOLLENDER, M.H.: A contribution to the philosophy of medicine. A.M.A. Archives of Internal Medicine (1956); 97: 585-92.

Sylph, J., KEDWARD, H.B., Eastwood. Chronic neurotic patients in general practice; a pilot study. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1969) : 162-70.

TALLEY, J.H., DIJK, W.K. van: Behandel depressie als een ziekte die te genezen is. Patient care (1977) : 14-30.

TELLEGEN, E.: Medische sociologie; een literatuurverkenning. Alphen aan de Rijn. Samson, (1970).

TERLUIN, B.: Het hyperventilatiesyndroom in een huisartspraktijk. Huisarts & Wetenschap (1984); 27 : I 4-12, II 82-88.

TERRUWE, A.A.A.: De frustratie neurose. Roermond, Romen & Zn., (1962).

TIELENS, V.C.L.: De huisarts, spil of buitenspel. Huisarts & Wetenschap (1972); 75 : 96-99.

THIJSE, O.J. ten: Buikspreken: irritable bowel syndrom. In: Functionele buikklachten. Red. Cluysenaer / Thije ten; Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, (1980); 58-69.

TIMMERS, S., STENVERS, J.W.: Het oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis. Med. Contact (1976); 31 : 969-70.

TOL, D. van: Na-onderzoek na vijf jaar van 237 gevallen van zelfmoordpoging. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1976); 120 : 831-36.

TOL, D. van: K.Z.-syndroom, rampensyndroom en traumatische neurose. Medisch magazine (1977): Deel I. 16-22, deel II. 62-71.

TRIMBOS, C.J.B.J.: De geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Utrecht, Het Spectrum, (1959).

TRIMBOS, C.J.B.J.: Sociale evolutie en psychiatrie. Oratie. Bussem, Brand, (1969).

TRIMBOS, C.J.B.J.: Psychosociale ongezondheid in een urbane samenleving. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1971); 115 : 1723-30.

TRIMBOS, C.J.B.J., MEURS, J.H. van, DOOL, C.W.A. van den, REEKUM, J.R. van: Reacties op "Geestelijke verzieking van het Nederlandse Volk. Slogan of realiteit". Med. Contact (1971).

TRIMBOS, C.J.B.J.: Antipsychiatrie; een overzicht. Deventer, Van Lochem Slaterus, (1975).

TURK, R.S.: Stress en coping; Recente ontwikkelingen. Med. Contact (1982) : 776-79.

TYTGART, G.N.J.: Fysiologie, regulatie en dysregulatie van de tractus digestivus. In: Functionele buikklachten. Red. Cluysenaer O.J.J., Thije, O.J. ten. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, (1980): 27-57.

UCHTENHAGEN, A.: Psychische Störungen bei Frauen; ein Beitrage aus epidemiologisch-sozialpsychiatrischer Sicht. Schweizer Archiv für Neur., Neurochir. und Psychiatrie (1975); 117 : 55-64.

UEXKULL, Th. van: Funktionelle Syndrome in psychosomatischer Sicht. In: Klinik der Gegenwart. Band IX. bl. 299-340. München/Berlin. Urban & Schwarzenberg, (1960).

VEEN, W.A. van: Nederlandse vertaling "International classification of health problems in primary care". I C H P P C - 2. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 399-99.

VEENSTRA, A.: Psychiatrische aspecten van hoofdpijn. In: Hoofdpijn, Leiden, Stafleu, (1970).

VELDEN, H.G.M. van der: Enkele opmerkingen en mededelingen naar aanleiding van een onderzoek naar de morbiditeit van de huisvrouw. Huisarts en Wetenschap (1970); 13 : 241-46.

VELDEN, H.G.M. van der: Huisvrouw, huisarts, huisgezin; een onderzoek naar ziekten en gezondheidsstoornissen bij een aantal huisvrouwen in een huisartsenpraktijk. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1970). Diss.

VELDEN, H.G.M. van der: An investigation into morbidity in housewives. Allgemeinmedizin international (1974); 3 : 123-27.

VELDEN, H.G.M. van der: Bewaking van het gezin. In: Kompas voor de huisarts. (1975): D8: 1-9.

VELDEN, H.G.M. van der: Een huisvrouw die het soms benauwd krijgt; hyperventilatiesyndroom en huwelijksconflict. Gezinsgeneeskundige colloquia XII. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 338-41.

VELDEN, H.G.M. van der: Probleemgeöriënteerde registratie in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1977); 20 : 15-18.

VELDEN, H.G.M. van der: De depressieve patiënt: Een probleem voor de huisarts? In: De depressie als kernprobleem in de medische praktijk. Symposiumverslag, Arnhem, Ciba-Geigy, (1978).

VELDEN, H.G.M. van der: Depressie, what's in a name? Redactioneel commentaar. Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 464-65.

- VELDEN, H.G.M. van der: Diagnose of prognose. Huisarts en Wetenschap (1983); 26 : 125-28.
- VERCRUUSSE, E.V.W.: Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartspraktijk. In: Huisarts en sociaal wetenschappelijk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, (1973). bl. I. 1-23.
- VERHAAK, P.: Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandb. Geest. Volksgez. (1981); 36 : 30-46.
- VERHOEFF, J.: Rapporteur. Tentamen suïcidiï. Verslag peilstation-project Amsterdam 1980. Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 488-89.
- VERHULST, J.: Pokerspel geneeskunde; psychiatrie, spel van het toeval? Antwerpen, De Nederlandse boekhandel, (1974).
- VERHOUT, W.P.M.: Handleiding voor het A-4 model. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 9-12.
- VIETOR, W.P.J.: Managersdisease. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1969); 113 : 1975-76.
- VISSER, P.J.: Het schema van "de eerste indruk" in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1967); 10 : 451-54.
- VLAMINGS, H.L.A.: Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1967). Diss.
- VOGT, H., BLOHMKE, M.: Häufigkeit psychischer und sozialer Problemfälle in einer Allgemeinpraxis. Allgemeinmedizin International (1974): 117-22.
- VOORN, Th.B.: Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht, Bunge, (1983). Diss.
- VOORN, Th.B.: Nog een bewerkelijk praktijkje. Med. Contact (1980): 608-12.
- VOORT, J.P.M. van der, SIGLING, H.O.: Het verwerven en voering van een huisartspraktijk. Med. Contact (1981) : 477-81.
- VRIES, A.E.N. de: Gezin en hulpverlening in dorpbijsstad. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1973). Diss.
- VRIJ, A.: Samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Med. Contact (1975) : 1669-70.
- WAAL, W.J. de: Slaapmiddelen en pseudodepressie. Huisarts en Wetenschap (1980); 23 : 352-55.
- WAALS, H.G. van der: Inleiding over de nosologische systematiek in de psychiatrie. In: Ned. handboek der psychiatrie II, de neurosen. Arnhem, Van Lochem Slaterus, (1963) : 5-19.
- WAALS, H.G. van der: Schizofrene aandoeningen van volwassenen. In: Ned. handboek der psychiatrie IV. De psychosen. Deventer, Van Lochem Slaterus, (1970) : 17-139.
- WALLACE, B.B.: Early recognition of psychosomatic symptoms. Practitioner (1969); 203 : 79-81.

- PERSOON, J.M.G.: Veranderingen in de patiënt-huisarts-relatie. Nijmegen, Dekker & van de Vegt, (1975). Diss.
- PFLANZ, M.: Gesundheitsverhalten. In: Der Kranke in der moderne Gesellschaft. Redactie: Mitscherlich A. e.a. Köln, Kieperheuer & Witsch, (1970) 3e Aufl. 283-90.
- PHILIPS, D.L., SEGAL, B.E.: Sekse en psychiatrische symptomen. In: Handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk. (1972): 1-24.
- PHILIPSEN, H.: Afwezigheid wegens ziekte. Den Haag, Ned. Instit. Prev. Gen. (1968).
- PHILIPSEN, H.: Huisarts en Wetenschap, of hoe wordt het "loeren en oudehoeren" vervangen door "gissen en missen", ook in de huisarts-geneeskunde. In: Huisarts en sociaal wetenschappelijk onderzoek. Utrecht, Ned. Huisartsen Instituut, (1973): II 1-41.
- PHILIPSEN, H.: Levensfase, generatie en ziekteverzuim. RU Limburg, N.I.P.G. TNO, (1977).
- PIERLOOT, R.: De medische relatie als medisch-psychologische parameter. T. v. Psychiatrie (1972); 14 : 3-17.
- PIERLOOT, R., VRANCKX, C.: Nosologie en behandeling van depressies. Belg. T. Geneesk. (1976); 32 : 913-30.
- PINSENT, R. (recorder): A Transatlantic morbidity study. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1969) : 137-47.
- PLOEG, H.M. van der: Onderzoek naar het verband tussen frequentie van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken. (I en II). Huisarts en Wetenschap I. (1976) : 451-456 en II. (1977) : 22-27.
- PLOEG, H.M. van DER: Persoonlijkheidskenmerken en huisartscontact-frequentie. Huisarts en Wetenschap. (1980); 23 : 398-403.
- POHLMEIER, H.: Depression - Möglichkeiten und Aufgaben der Prävention in der Praxis. Z. für Allgemeinmedizin (1974); Heft 30 : 1351-53.
- POLLITT, J.: The depressed patient. Practitioner (1978); 220 : 205-12.
- POLS, J.: Problemen in de ontmoeting met ... (drugverslaafden). Huisarts & Wetenschap (1971); 14 : 58-65.
- POLS, J.: Een somatopsychisch dilemma. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1973); 117 : 1204-08.
- PORTER, A.M.W.: Depressive Illness in a general practice. Brit. Med. J. (1970) : 773-78.
- POST, D.: De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten. Alphen aan de Rijn, Stafleu, (1980), Diss.
- POST, D.: Hoofdpijn en de huisarts-patiënt-relatie. Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 9-12.
- POST, D.: De problematiek van de posttraumatische hoofdpijn. Huisarts en Wetenschap (1982); 25 : 435-38.
- POST, D.: Het gebruik van benzidiazepines in de huisartspraktijk. Med. Contact (1982) : 925-28.

POST, D.: Psyche of soma: blijft het een dilemma? Huisarts en Wetenschap (1982); 25 : 11-14.

POSTMA, T.N.M.: Afhankelijkheid, een kernprobleem voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 283-87.

POSTMA, T.: De rol van de somatiek in het denken van de huisarts. Med. Contact (1980) : 490-93.

POSTMA, T.: Over de psychohygiëne van de huisarts. Huisarts en Wetenschap (1981): 24 : 233.

POSTMA, T.: Somatiserende patiënten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap (1981); 24 : 169-71.

POSTMA, T.: De doolhof van de patiënt. Huisarts en Wetenschap. (1982); 25 : 314-18.

POUGHER, J.C.E.: Neurosis in general practice. Brit. Med. J. (1955): 409-12.

PRAAG, H.M. van: Een kritisch onderzoek naar de betekenis van monoamineoxydase-remming als therapeutisch principe bij de behandeling van depressies. Nijmegen, Janssen, (1962), Diss.

PRAAG, H.M. van, ULEMAN, A.M., SPITZ, J.C.: The vital syndrome interview; a structured standard interview for the recognition and registration of the vital depressive symptom complex. Psychiat. Neurol. Neurochir. (1965); 68 : 329-46.

PRAAG, H.M. van: Psychofarmaca. Assen, Van Gorcum, (1966).

PRAAG, H.M. van: Psyche aan banden; beschouwingen over biologische psychiatrie en psychofarmacologie. Amsterdam, De Erven F. Bohn, (1974^{II}).

PRAAG, H.M. van: De therapeutische betekenis van de psychopharmaca. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1968); 112 : 1858-62.

PRAAG, H.M. van: Profylaxe van recidiverende vitale depressies en manisch-depressieve schommelingen. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1973); 117 : 492-93.

PRAAG, H.M. van, ROOYMANS, H.G.M. (redactie): Stemming en ontstemming; theorie en praktijk bij de diagnostiek en de behandeling van depressies. Amsterdam, De Erven F. Bohn, (1974).

PRAAG, H.M. van: Enkele biologisch-psychiatrische gezichtspunten betreffende het ontstaan van depressies. In: Stemming en ontstemming. Amsterdam, De Erven F. Bohn, (1974^I): 145-63.

PRAAG, H.M. van: Het diagnostiseren van depressies. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1976), 120 : 2274-85.

PRAAG, H.M. van: Over de wetenschappelijke fundaties van de anti-psychiatrie. Oratie. Assen, Van Gorcum, (1978).

PRAAG, H.M. van: Pillen en praten; een schijn-tegenstelling in de psychiatrie. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1979); 123 : 1557-61.

PRICK, J.J.G.: Grondproblemen van de medische psychosomatiek. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1962); 106 : I. 2310 e.v. II. 2365 e.v. III. 2417 e.v.

PROSENG, F.: Die diagnostische Beratungsergebnisse in einer Ländlichen Allgemeinpraxis. In: Der praktische Arzt heute. Red.: Brandlmeier P., Krüsi G. Bern, Huber, (1968) : 139-62.

- WALLACE, H.E.R., WHYTE, M.B.H.: Natural history of the psychoneuroses. Brit. Med. J. (1959) : 144.
- WATTS, C.A.H.: The incidence and prognosis of endogenous depression. Brit. Med. J. (1956) : 1392-97.
- WATTS, C.A.H.: The mild endogenous depression. Brit. Med. J. (1957): 4-8.
- WATTS, C.A.H.: Psychiatric disorders. London, Morbidity Statistics from general practice. III, (1962^I) nu. 14 : 35-52.
- WATTS, C.A.H.: Mental and emotional disorders in general practice, Practitioner (1962^{II}): 641-47.
- WATTS, C.A.H., CAWTE, E.C., KUENSBERG, E.V.: Survey of mental illness in general practice. Brit. Med. J. (1964) : 1351-58.
- WATTS, C.A.H.: Depressive disorders in the community. Bristol, Wright & Sons, (1966).
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D.: De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Deventer, Van Lochem Slaterus (1973).
- WEEL, C. van, VEEN, W. van: Hulpmiddelen bij het classificeren en registreren, Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 400-02.
- WEEL, C. van: Op weg naar praktijkverkleining. Med. Contact (1980): 242.
- WEERDEN, J.R. van, WIJKEL, D.: Mededelingen uit het centrale patiëntenregister. Tijdschr. voor Psychiatrie. (1975); 17 : 522-535.
- WEITBRECHT, H.J.: Depressive und manisch endogene Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Band II, Teil I. Berlin, Springer, (1972), 2e Aufl.: 83-140.
- WERKMAN, S.L., MALLORY, L., HARRIE, J.: The common psychiatric problems in family practice. Psychosomatics (1976); XVII : 119-27.
- WELLEN, J.G.M.: Medicalisering van de samenleving. Metamedica (1981); 60 : 197-210.
- WESSELING, H.: Is er nog plaats voor barbituraten als slaapmiddel? Ned. Tijdschr. Geneesk. (1977); 121 : 21-24.
- WESSELY, P., SCHABERTH, G., MALY, J.: Der psychogene Kopfschmerz. Der praktische Arzt (1975); 9 : 1409-16.
- WESTON SMITH, J., O'DONOVAN, J.B.: A survey of the work-load in a general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1970); 20 : 202-11.
- WESTREENEN, E. van: De betekenis van het recept in de arts-patiëntrelatie. Huisarts en Wetenschap (1966); 9 : 208-12.
- WEIJEL, J.A.: Analyse van een psychotherapeutische paradox. Huisarts en Wetenschap (1960); 3 : 228-31.
- WEIJEL, J.A.: Medische Psychologie. Psychologie en psychotherapie voor de huisarts. Utrecht, Bijleveld, (1961).
- WEIJEL, J.A.: Enige opmerkingen over gesprekstechniek bij seksuele problemen. Huisarts en Wetenschap (1965^I); 8 : 185-89.

WEIJEL, J.A.: De gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie. Huisarts en Wetenschap (1965^{II}); 8 : 313-20.

WEIJEL, J.A.: De mensen hebben geen leven. Haarlem, De Erven F. Bohn, (1970).

WEIJEL, J.A.: Sociale etiologie. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1975); 119 : 617-21.

WIELEN, Y. van der: De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum, (1960). Diss.

WIERSMA, D., GIEL, R.: Theoretische en praktische aspecten van de crisisinterventie. T. Soc. Geneesk. (1974); 52 : 320-35.

WIERSMA, D.: "Psychosociale stress" en langdurige arbeidsongeschiktheid. Groningen, (1979), Diss.

WIERSMA, D.: De betekenis van psychosociale stress bij langdurige arbeidsongeschiktheid. T. Soc. Geneesk. (1981); 59 : 871-77.

WILDE, G.J.S.: Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode. Amsterdam, Van Rossum, (1962). Diss.

WILKS, J.M.: The use of psychotropic drugs in general practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1975); 25 : 731-44.

WILLIAMS, P.: The epidemiological approach. Update (1982) : 363-71.

WILLIAMS, P.: Anxiety and depression. Update (1982) : 1713-18.

WIRDEM, P. van: Ontslagkansen en hospitalisatie in psychiatrische inrichtingen. Med. Contact (1976); 31 : 725-30.

WOODCOCK, J.: Differences in the doctors prescribing habits. In: Treatment or Diagnosis. Red. Balint M. London, Tavistock Publications. (1970) : 48-62.

WOODRUFF, R.A., CLAYTON, P.J., GURE, S.B.: Is every one depressed? Am. J. Psychiatry (1975); 132 : 627-28.

IJZERMANS, C.J.J.M., SCHOUWENBURG, H.C.: Huisartsen en hun probleempatiënten: kwaliteit van de arts-patiënt communicatie. Huisarts en Wetenschap (1976); 19 : 185-88.

IJZERMANS, J., AMSTEL, R. van: Kent de huisarts zijn patiënten? Huisarts en Wetenschap (1979); 22 : 148-52.

ZEEGERS, M.: Levensfasenproblematiek. Arts en Soc. Verz. (1975); 13 : 92-95.

ZELDENRUST, E.L.K.: Psychopathie; thema met variaties. Ned. Tijdschr. Geneesk. (1966); 110 : 1737-45.

Zelfmoord en slaapmiddelen. Med. Contact (1975); 30 : 270.

ZIMMERMANN, H.: Der Kopfschmerz ohne augenscheinlichen organischen Befund. Allgemeinmedizin, Der Landarzt. (1975): 51 : 1343-1349.

ZITMAN, F.G.: Psychofarmacotherapie bij chronisch klaaggedrag. Symposium "chronisch klaaggedrag" Ursula Kliniek, Wassenaar, (1978).

ZITMAN, F.G.: Onverklaarbare buikpijn. In: Functionele buikklachten. Red. Cluysenaer O.J.J. e.a. Utrecht, Bohn, (1980); 70-85.

ZUIDERVELD, U.: Besluitvorming in de algemene praktijk "Orde scheppen in de chaos". T. Soc. Geneesk. (1980); 58 : 199-203.

ZWEENS-WIERSEMA, A.C.: Huisarts en geestelijke gezondheid; een onderzoek naar de beeldvorming van de Groningse huisartsen omtrent de geestelijke gezondheidszorg en hun plaats in deze zorg. Meppel, Boom, (1968). Diss.

AANVULLING.

BEAUMONT, G.: Psychiatric cases in general practice. Update 1984: July, 45-44.

FREIDSON, E.: Patients' view of medical practice. New York 1961.

JONGERIUS, J.A.C.: Decompensatie. Draaglast en draagkracht in relatie tot decompensatie bij het neurastheen syndroom. Utrecht Huisartsenpers B.V., 1984.

NIJDAM, S.J. e.a.: Depressie bij etnische minderheden in Nederland Symposium Verslag Arnhem, Ciba-Geigy B.V., 1984.

ORMEL, J., BROEK, F.G., WIERSEMA, D.: Depressie: de behandelde en onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. T. Soc. Gezondheidsz. 62 (1984): 670-678.

Benzodiazepinen bij angst, spanning en slaapstoornissen. Geneesmiddelen Bulletin (1982); 16 : 67-72.

Kalm of onaangedaan. Geneesmiddelen Bulletin (1975); 9 : 9-12.

BIJLAGE.

Indeling van de gehanteerde syndromale diagnosecategorieën bij de rubricering van de gepresenteerde psychische morbiditeit.

Psychiatrische toestandsbeelden.

Coma.

Sub-coma.

Soporeuze toestand.

Schemertoestand.

Delirante toestand.

Stuporeuze toestand.

Paranoïsch-hallucinatoire toestand.

Hallucinatoire toestand.

Paranoïsche toestand.

Melancholisch toestandsbeeld.

Amnestische toestand.

Amnestisch-confabulatoire toestand.

Verwardheidstoestand.

Opwindingstoestand.

Hypernerveuze toestand.

Angsttoestand.

Gedragsanomalie.

Depressieve toestandsbeelden.

Geremd depressieve toestand, met duidelijk vitale kenmerken.

Geremd depressieve toestand, zonder duidelijk vitale kenmerken.

Neurastheen hypochondrisch depressief syndroom.

Geagiteerd depressieve toestand, met duidelijk vitale kenmerken.

Geagiteerd depressieve toestand, zonder duidelijk vitale kenmerken.

Angstig geagiteerd depressieve toestand, met duidelijk vitale kenmerken.

Angstig geagiteerd depressieve toestand, zonder duidelijk vitale kenmerken.

Psychische syndromen en toestandsbeelden.

Hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, geagiteerd neurasthene reactievorm.

Hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, apathisch neurasthene reactievorm.

Hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, asthenische reactievorm.

Nervositas t.g.v. duidelijk stresstoestand.

Nervositas e.c.i. of continue spanningstoestand.

Functionele syndromen en functionele klachten/stoornissen.

Niet nader omschreven.

Huid.

Tractus cardiovascularis.

Tractus respiratorius, waarvan afzonderlijk:
psychogene hyperventilatie.

Tractus locomotorius, waarvan afzonderlijk:
wervelkolom.
Spierspanningshoofdpijn.
Tractus gastro-intestinalis, waarvan afzonderlijk:
maag.
Spastisch colon.
Tractus urogenitalis.
Impotentie.
Anorgasmie.
Frigiditeit, primair.
Frigiditeit, secundair.
Vaginisme.
Neuralgieën.
Globus.
Slapeloosheid.
Anorexie.
Enuresis.
Psychogene hoofdpijn.
Duizeligheid e.c.i. (psychogene duizeligheid).
Meerdere tractus tegelijkertijd gestoord.
Scala van omschreven klachten wordt gepresenteerd.
Vaag klachtenbeeld met adynamie.
Chronisch klaaggedrag met adynamie en stemmingswisseling.

Bijzondere symptomen.

Stamelen en stotteren.
Partieel defect.
Tics.

B I J L A G E

Beschrijving van de BEOORDELINGSLIJST van de ARTS-PATIENT RELATIE.

Met behulp van 14 (5-punts) schalen werd de subjectieve beleving van deze huisarts met betrekking tot de arts-patiënt relatie gemeten. Deze schalen bestaan uit 8 contrasterende adjectieven, waarmee de huisarts de patiënt beoordeelde en 6 contrasterende adjectieven, waarmee de huisarts de eigen gevoelens met betrekking tot de relatie met de patiënt beoordeelde. De beoordeling vond plaats, kort na dat de betreffende patiënten tijdens de periode 1969/1970 geselecteerd werden voor deelname aan het longitudinale onderzoek. In totaal betrof het 789 patiënten. Uit de frequentieverdeling van de beoordelingsschalen (zie bijlage VII) kan worden opgemaakt, dat 12 schalen redelijk discrimineren. De schalen 3 en 14 voldoen niet aan het criterium, dat elke antwoordcategorie niet meer dan 80% mag bevatten. Om na te gaan of aan de 12 beoordelingsschalen één gemeenschappelijke dimensie ten grondslag ligt, werd een factor-analyse uitgevoerd.

TABEL FACTOR-ANALYSE : ARTS - PATIENT RELATIE (principale componenten
analyse N = 789)

Items	Factor 1	Factor 2
1. Meewerkend / tegenwerkend	0.72	0.02
2. Onvriendelijk / vriendelijk	0.75	0.09
3. Onzeker / zelfverzekerd	0.05	0.81
4. Ongeduldig / geduldig	0.65	0.06
5. Bescheiden / arrogant	0.76	0.29
6. Altijd opgewekt / kankert altijd	0.57	0.34
7. Oneerlijk / eerlijk	0.79	0.04
8. Sympathie / antipathie	0.88	0.08
9. Accepterend / ergernis	0.83	0.08
10. Wantrouwen / vertrouwen	0.86	0.04
11. Onzekerheid / zekerheid	0.78	0.03
12. Machteloosheid / gevoel iets er aan te kunnen doen	0.77	0.23
Verklaarde variantie %	36.8	11.0

Uit de factor-analyse komt duidelijk een generale factor naar voren, waarop 11 van de 12 items hoog laden (40). Deze generale factor verklaart 36,8% van de variantie. Op de tweede factor laadt slechts één item hoog. Het gaat hier om het item "onzeker/zelf-verzekerd", dat kennelijk een patiëntkenmerk vertegenwoordigt, dat onafhankelijk is van het oordeel over de arts-patiënt relatie in zijn algemeenheid.

De generale factor is te benoemen als: de mate waarin de huisarts de arts-patiënt relatie als positief beoordeelt. De 11 items, die op deze factor hoog laden zijn - na deze analyse - optelbaar gebleken, zodat in het databestand een som-score kan worden opgenomen. De range van deze score loopt van minimaal score 11 tot maximaal score 55. Naarmate de score hoger is, is er sprake van een positiever oordeel met betrekking tot de arts-patiënt relatie.

TABEL FREQUENTIE VERDELING van de ARTS-PATIENT RELATIE SOMSCORE

score 14 - 38	: 15.1 %	matige tot negatieve relatie
score 39 - 46	: 13.3 %	neutrale relatie
score 47 - 53	: 41.2 %	positieve relatie
score 54 - 55	: 30.4 %	zeer positieve relatie

TABEL FREQUENTIE-VERDELING VAN DE BEOORDELINGS-SCHALEN BETREFFENDE DE
ARTS - PATIENT RELATIE

I. Beoordeling van de patiënt aan de hand van de volgende items (woord-paren)						
	1	2	3	4	5	
1. meewerkend	68.1	12.4	12.5	4.1	2.8	tegenwerkend
2. onvriendelijk	1.8	3.8	9.4	14.6	70.5	vriendelijk
3. geïnteresseerd	82.8	8.1	6.7	1.1	1.3	niet geïnteresseerd
4. onzeker	6.7	12.4	18.7	27.7	34.4	zelfverzekerd
5. ongeduldig	1.0	4.1	5.1	12.8	77.1	geduldig
6. bescheiden	60.3	20.5	12.4	4.7	2.2	arrogant
7. altijd opgewekt	18.0	35.6	27.6	7.8	11.0	kankert altijd
8. oneerlijk	1.9	4.4	12.3	7.0	74.4	eerlijk
II. Beschrijving van de eigen gevoelens m.b.t. de relatie met de patiënt:						
	1	2	3	4	5	
9. sympathie	64.7	17.6	11.8	4.3	1.6	antipathie
10. acceptierend	78.2	10.4	3.2	4.8	3.4	ergernis
11. wantrouwen	3.8	6.1	6.2	10.6	73.3	vertrouwen
12. onzekerheid	0.9	5.9	10.5	20.3	62.4	zekerheid
13. machteloosheid	6.6	6.8	5.3	6.6	74.7	gevoel iets er aan te kunnen doen
14. geïnteresseerd	81.5	7.2	7.5	2.2	1.6	niet geïnteresseerd

DANKBETUIGING

Dit vanuit de dagelijkse praktijk opgezet huisartsenonderzoek kon slechts worden gerealiseerd met behulp van een intensieve begeleiding en wetenschappelijke ondersteuning van een Universitair Instituut. Dat het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut in een periode dat de huisartsgeneeskunde een grote ontwikkeling doormaakte, bereid was om methodologische steun te verlenen bij de opzet van het onderzoek en de analyse van de onderzoekgegevens heb ik als een bijzonder voorrecht ervaren.

De vele moeilijkheden die overwonnen moesten worden hebben geleid tot een chronisch beloop van het onderzoekproces, waardoor vele concepten kritisch moesten worden beoordeeld.

Daarom gaat mijn dank in het bijzonder uit naar het begeleidingsteam van dit onderzoek.

Prof. dr. F.J.A. Huygen; H. van den Hoogen, statisticus en dr. A. Smits, psycholoog, voor hun grote bijdrage aan de totstandkoming van deze dissertatie.

De bewerking van de concepten en de publicatie van dit proefschrift zouden niet te realiseren zijn geweest zonder de mogelijkheden die het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor bood.

Daarom ben ik drs. A.L.P. van Ditzhuijzen, directeur, en de medewerkers van het districtskantoor Eindhoven zeer erkentelijk dat zij het mij mogelijk hebben gemaakt om van deze faciliteiten gebruik te maken.

Bijzondere dank ben ik verschuldigd aan mevrouw P.M.J. Schreurs-van den Braak, die vorm heeft gegeven aan dit proefschrift door de verzorging van de indeling en het kritisch en nauwgezet uittypen van het manuscript.

Ook mevrouw M.E. Kuipers-Swartz moet ik hier noemen voor de wijze waarop zij in de afgelopen periode met een minimum aan moeite te ontcijferen gegevens mijn huidige werk als verzekeringsgeneeskundige secretariële bijstand heeft verleend.

Wat ik mijn vrouw en kinderen schuldig ben is niet in woorden uit te drukken. Hun leren leven met het vele jaren bezig zijn met dit onderzoek was voor mij een grote steun en ook de enige mogelijkheid om het af te ronden.

Tenslotte wil ik al degenen die rechtstreeks of zijdelings aan de totstandkoming van dit proefschrift hebben bijgedragen en die ik hier niet kon vermelden, dankzeggen.

CURRICULUM VITAE

Geboren 14 augustus 1922 te Eindhoven.

- 1941 Eindexamen HBS B aan het Gemeentelijk Lyceum te Eindhoven.
- 1941 December 1950 studie Medicijnen aan de Rijks Universiteit te Groningen, met een onderbreking van 3½ jaar tengevolge van tewerkstelling, onderduiking en dienst als oorlogs-vrijwilliger.
- 1951 Gedurende de vervulling van de militaire dienstplicht geplaatst op de chirurgische afdeling van het Militair Hospitaal Dr. A. Mathijssen te Utrecht.
- 1952 Werkzaam als algemeen assistent in het St. Josephziekenhuis te Deventer.
Eind november 1952 vrij gevestigd als huisarts te Eindhoven en vanaf 1979 werkzaam als verzekeringsgeneeskundige bij het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor te Eindhoven.



STELLINGEN BEHORENDE BIJ HET PROEFSCHRIFT VAN

Th.J. Kocken

PSYCHISCHE STOORNISSEN IN EEN HUISARTSPRAKTIJK

NIJMEGEN 1984.

1. De literatuurgegevens betreffende het "chronisch klaaggedrag" (par. 2.300) geven aanleiding om te veronderstellen, dat hier sprake is van een specifiek ziektebeeld, dat om een speciale benadering vraagt en waarbij, na uitsluiting van een depressie, begeleiding te verkiezen is boven intensieve behandeling.
2. Bij de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de hartinfarct-patiënt is de psychische belastbaarheid minstens zo belangrijk als de cardiale. Dit houdt in, dat naast criteria als de aard van het werk en hoe de patiënt dat zelf zal beleven in veel gevallen het willen hervatten van doorslaggevender betekenis is dan het kunnen hervatten.
(Verslag studiedagen "Hoe arbeids(on)geschikt is een patiënt met coronairlijden?" Arts en Soc. Verz. 1977, 15 : 102-24; Weeda, H.W.H., Ned. T. Geneesk. 1984, 868-9).
3. Het veelvuldig voorkomende oneigenlijk gebruik van de ziekwet in verband met niet objectiveerbare klachten tijdens de zwangerschap, stelt de behandelende sector en de verzekeringsgeneeskundige vaak voor een onaangenaam dilemma. Daarom is het dringend gewenst om een regeling van vrijwillige vervroegde uittrading met behoud van rechten en gedeeltelijk inkomen te effectueren, zodat alle aanstaande moeders op gelijke wijze worden behandeld.
(Meuwissen J.H.J.M., Damen L.H.M.F.; Med. Contact 1984 : 1206-08 en Meulen H.P. ter, Kloosterman G.J. Verslag "Vrouw, zwangerschap en arbeid" T. Soc. Gezondheidsz. 1984 : 126-29 en 150-52).
4. De contractuur van Dupuytren (palmaire fibrose) moet als een "ziekte" met soms een vrij snel doch gewoonlijk een chronisch beloop worden beschouwd, waarvan bij behandeling geen definitieve genezing is te verwachten.
(Huffstadt A.J.C., Ned. T. Geneesk. 1973, 117 : 285-8 : Meulen J.C. van der, Ned. T. Geneesk. 1973, 117 : 305-8 : Haas W.H.D. de, Ned. T. Geneesk. 1979, 123 : 1463-7).
5. Voor preventie van de processen van somatische fixatie is onderzoek naar de knelpunten in de communicatie tussen huisartsen, behandelend specialisten, bedrijfs- en verzekeringsartsen en de opheffing daarvan een noodzakelijke voorwaarde om bij dreigende langdurige ziektegevallen het op gang komen van deze processen te voorkomen of te doorbreken indien deze reeds in gang gezet zijn. Afstemming van het te voeren beleid op elkaar is hierbij essentieel.
(Boot J., Braber A., Kopers E., Med. Contact 1981 10-12 : Buijs P.C., Keijzer J. de, Med. Contact 1984 : 331-333; Lamers H.J., Groot-Büchli, Med. Contact 1984 : 789-91).
6. De huisarts is door zijn vroegtijdig contact met de patiënt in staat veel invloed op het kortdurend ziekteverzuim uit te oefenen, door bij de behandeling de prognose ten aanzien van werkhervatting te betrekken in de vorm van een niet bindend advies.
(Does E. van der, Med. Contact 1975; Crul B.V.M. Huisarts en Wetenschap 1982 : 102-105 : Knottnerus J.A., Sommers J.C.A. H. & W. 1982 : 138-42).

7. Bij een duidelijke commotio cerebri is een snel optredend herstel in de eerste ziektedagen een belangrijke aanwijzing om vroeg te mobiliseren, ondanks de aanwezigheid van hoofdpijnlachten. Deze kunnen onafhankelijk van de duur van de bedrust maanden blijven bestaan.
(Hooft F. van 't, Ned. T. Geneesk. 1974, 118 : 310-4).
8. De grote "interdokter-variantie" bij de interpretatie van het klachtenaanbod, de behandeling en de verwijzing, zowel bij de "harde" als de "zachte" diagnoses, duidt erop, dat diverse subjectieve factoren bij het interactieproces tussen arts en patiënt een rol spelen bij de beoordeling en de hulpverlening van betekenis zijn. Dit houdt in, dat een objectief zuiver medisch oordeel zelden is te geven.
9. Het injecteren van (depot-) corticosteroïden bij onduidelijke achillespeesletsels (cave subcutane totale achillespeesruptuur) of bij peritendinitisklachten, kan een schadelijk effect op het peesweefsel hebben met mogelijk een "spontane ruptuur" tot gevolg.
(Werken Chr. van der / Marti R.K. Ned. T. Geneesk. 1980, 124 : 1321-2; Visser J.D., Ned. T. Geneesk. 1980, 124 : 1340-2).
10. Bij een eenmaal in gang gezette beroepszaak kan de huisarts alleen zijn persoonlijke opvatting weergeven, steunend op zijn integrale kennis van de patiënt, hetgeen mogelijk niet opweegt tegen het "objectief zuiver medisch oordeel" van de vaste deskundige. Daarom verdient het aanbeveling om naast de specialisten ook meer huisartsen als vaste deskundigen bij de Raden van Beroep aan te stellen.
(Polak B.S., Med. Contact 1979 : 1018-20; Meijman F., H. en W. 1982 : 99-102; Schouwstra C.P.; Van der Velden H.G.M.; Polak B.S., Huisarts & Praktijk 8, Suppl. H. & W., 1984 : 53-63).
11. De in toenemende mate optredende "onvrede met" de leef- en werksituatie (ook wel als "balen van" aangeduid) wordt bij bepaalde personen vaker aangetroffen dan bij anderen en hoewel het tot onlustgevoelens aanleiding kan geven, behoeft dit gewoonlijk kortdurend verzuim nog niet als ziekte te worden bestempeld. Daarom dienen er op politiek niveau maatregelen te worden genomen om dit werkverzuim buiten het medisch circuit te houden.
12. Ondanks de kritiek op de Balint-methode blijkt uit de in deze studie gerefereerde recente publicaties (inleiding) dat er bij de deelnemers nog steeds sprake is van het optreden van een attitude verandering, die de hulpverlening gunstig beïnvloedt. Dit bevestigt de actualiteit en de waarde van deze methode voor de huisartsgeneeskunde.

